

# PUC

**Katia Maria Guimarães de Andrade**

**NAS RAÍZES DO SILÊNCIO: UM ESTUDO SOBRE A  
REPRESENTAÇÃO CULTURAL DA SEXUALIDADE FEMININA E A  
PREVENÇÃO DO HIV/AIDS.**

**Dissertação de Mestrado**

**Rio de Janeiro, 29 de julho de 1994**

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO DE JANEIRO**

**AVENIDA MARQUÊS DE SÃO VICENTE, 225 – CEP 22453**

**RIO DE JANEIRO – BRASIL**

N. Chamada: 150 / A553n / TESE UC

Título: Nas raízes do silêncio.



EX: 2-CENTRAL

1717

Katia Maria Guimarães de Andrade.

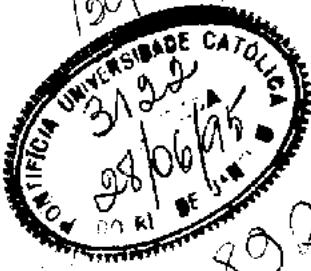
TÍTULO: NAS RAÍZES DO SILÊNCIO: UM ESTUDO SOBRE A REPRESENTAÇÃO  
CULTURAL DA SEXUALIDADE FEMININA E A PREVENÇÃO DO HIV/AIDS.

Dissertação de Mestrado

Departamento de Psicologia  
Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro, julho de 1994

12/d



89202

UC-64485-4

150  
A553m  
RESENC

Katia Maria Guimarães de Andrade.

TÍTULO: NAS RAÍZES DO SILÊNCIO: UM ESTUDO SOBRE A REPRESENTAÇÃO CULTURAL DA SEXUALIDADE FEMININA E A PREVENÇÃO DO HIV/AIDS.

Dissertação apresentada ao Departamento de Psicologia da PUC/RJ, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica.

Orientadora: Dr<sup>a</sup> Junia de Vilhena.

Departamento de Psicologia  
Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro, julho de 1994.

*Ao Zé*

### AGRADECIMENTOS:

- A Dra. Valéria Gomes Ribeiro, do Hospital Universitário Pedro Ernesto pelo convite para participar, como entrevistadora, na Pesquisa Multicêntrica desenvolvida pela FIOCRUZ/Ministério da Saúde, NIAID e OPAS. Este convite possibilitou a realização da investigação de campo que fundamentou esta dissertação de mestrado.
  
- Ao Dr. Mark Guimarães, da Universidade Federal de Minas Gerais, pelo consentimento oferecido para a realização da pesquisa de campo.
  
- Aos Hospitais Universitários Pedro Ernesto/UERJ, Clementino Praga Filho/UFRJ e Gafrée e Guinle pelos espaços fornecidos para a consecução da investigação de campo.
  
- A minha orientadora, Dra Junia Vilhena pela sensibilidade com que acompanhou o desenvolvimento da investigação, apontando-me para aspectos fundamentais que circundam a discussão proposta neste trabalho.
  
- Ao Psicólogo Veriano Terto Júnior pela participação fundamental na formulação das primeiras diretrizes dadas ao trabalho de investigação de campo.
  
- Ao antropólogo Richard Guy Parker pelo incentivo, apoio e contribuição dados ao meu processo de crescimento pessoal e profissional.
  
- A Socióloga Tereza Christina Vallinoto pelas sugestões bibliográficas fornecidas para a discussão desta dissertação.
  
- A Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA) e o Grupo Pela VIDDA/RJ, que proporcionaram uma visão realística das repercussões sociais da epidemia do HIV/AIDS no Brasil, propiciando-me uma participação mais ativa no combate ao preconceito e a discriminação das pessoas infectadas e na defesa dos Direitos Humanos.

- Aos meus pais pela compreensão e o carinho dedicados no processo de elaboração deste trabalho.
- Ao Sr. Amauri Barbosa pela compreensão oferecida.
- A Maria Cecília Ferreira Godinho pela a participação fundamental neste projeto profissional e de vida.
- Ao amigo Renato Quemmel pela forma especialmente carinhosa e incentivadora com que acompanha o meu desempenho profissional, ensinando-me, a cada dia, novas formas de se pensar a epidemia do HIV/AIDS.
- A amiga Maria de Fátima de Oliveira pela ajuda na revisão final.
- A CAPES E CNPq por viabilizarem este projeto.



## **RESUMO:**

Esta dissertação tem como objetivo discutir algumas implicações sociais ligadas ao esquema de representações simbólicas que contextualizam a expressão da sexualidade feminina e as relações de gênero no Brasil, e que podem dificultar a negociação de práticas sexuais mais seguras, por parte da mulher brasileira, em relação à epidemia de AIDS.

Esta pesquisa basea-se em depoimentos fornecidos por mulheres envolvidas em relacionamentos conjugais monogâmicos tradicionais, cujos companheiros foram infectados pelo vírus da AIDS. E retrata a maneira pela qual essas representações e a conseqüente edificação de valores morais diferenciados nas relações de gênero, podem influenciar na resposta positiva, no que concerne a negociação a adoção de práticas sexuais seguras, por parte do segmento feminino em relação a esta síndrome.

Tendo em vista tais reflexões, este trabalho põe em relevo a apresentação dessas experiências como um importante momento para explicitação de situações vividas nas relações conjugais e que devem ser consideradas na elaboração de estratégias e projetos de prevenção da mulher, levando-se em conta as especificidades presentes na configuração das expressões sociais das diferentes sexualidades na cultura brasileira.

## **ABSTRACT**

This dissertation aims the discussion of some social issues concerning symbolic representations of the female sexuality and gender relations in Brazil, and the influence of these factors on safer sex negotiation by brazilian women dealing with the AIDS epidemic.

Based on statements given by women involved in traditional monogamic relationships, whose partners were infected by the AIDS virus, this research shows how the symbolic representations and the building of different moral values in gender relations, can make safer sex negotiation difficult.

This study, considering the appointments above, presents these women experiences as an important opportunity of expressing conjugal situations that should be considered in prevention strategies and projects.

**Palavras Chaves:**

- 1) Representação Social.
- 2) Representação Cultural.
- 3) Sexualidade Feminina.
- 4) Infidelidade.
- 5) Epidemia do HIV/AIDS.
- 6) Prevenção.

## **SUMARIO:**

CAPÍTULO	I.	INTRODUÇÃO.....	3
CAPÍTULO	II.	A REPRESENTAÇÃO SOCIAL DA AIDS.....	12
		2.1) O Desconhecido: um "espectro na sociedade.	
		2.2) Brasil: Dos Jornais às TVs - Campanhas de (Des)informação.	
CAPÍTULO	III.	AS RAÍZES DO SILÊNCIO.....	63
		3.1) A Representação Cultural da Sexualidade Feminina.	
		3.2) Ser Fiel: uma condição feminina.	
CAPÍTULO	IV	A BISSEXUALIDADE MASCULINA.....	144
CAPÍTULO	V	CONCLUSÃO.....	163

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA.....176

BIBLIOGRAFIA.....180

ANEXOS.....182

GLOSSÁRIO.....190

*"As mudanças e o crescimento  
ocorrem quando uma pessoa se  
expõe e torna-se envolvida com a  
idéia de experimentar a própria  
vida."*

*Herbert Otto.*

I)

**INTRODUÇÃO**

O desejo de tematizar a epidemia da AIDS, neste trabalho de dissertação de mestrado, surgiu a partir de minha prática profissional, onde, através da escuta clínica, pude me deparar com antagônicos sentimentos humanos, entre os quais se alternavam o horror, o pânico e o preconceito em relação à doença.

O que me chamou a atenção, causando-me um sentimento de perplexidade perante esses relatos, foi que neles transparecia algo mais do que a dificuldade, já em si tão trágica, de lidar com a incurabilidade e a letalidade da AIDS. Para além da angústia do ser humano frente à contatação da sua mortalidade, encontrei-me diante de um mal que apresentava uma especial singularidade, que o diferenciava de outras doenças que podem levar à morte.

Tal singularidade advém do caráter da transmissibilidade da Síndrome, ligado diretamente ao eixo central da existência humana - a sexualidade - representada, a princípio, pela controvertida questão da homossexualidade (masculina, no caso), gerando sentimentos de preconceito e discriminação social e sexual.

A infecção pelo HIV chegou ao Brasil como Epidemia das Reações Sociais - definida por Jonathan Mann -, muito antes de ocorrerem registros estatísticos de pessoas infectadas e/ou

doentes, a partir das informações divulgadas pela mídia local. Nessa época, configurou-se no senso comum de nossa sociedade que a epidemia era algo do "estrangeiro", sem ter havido uma reflexão prévia sobre a possibilidade de sermos atingidos e inseridos no contexto esboçado pela epidemia. (Daniel e Parker, 1991. p.33).

Este senso comum constituiu-se a partir de informações que acabaram personificando os então longinquamente atingidos como sendo homossexuais masculinos chamados de promíscuos e que possuíam uma situação econômica privilegiada. Os primeiros casos de AIDS no Brasil, de imediato, vieram reforçar este quadro no senso comum, pois os primeiros registros se referiam a essa categoria de indivíduos.

Esses preconceitos com relação à epidemia do HIV/AIDS, permaneceram inalterados até o ano de 1986, quando o Ministério da Saúde do Brasil, através de Boletins Epidemiológicos, passou a divulgar notificações de casos de AIDS em homens bissexuais, mulheres e crianças, começando-se a expressar mais efetivamente a mudança do perfil epidemiológico da epidemia em nosso país.

A concepção que associava a epidemia da AIDS a grupos de risco, tais como: homossexuais masculinos, usuários de drogas injetáveis, prostitutas e hemofílicos, começou, então, a ser questionada, surgindo uma nova expressão para definir a forma de transmissão do HIV: comportamento de risco, prática de risco ou



ainda, situação de risco, onde todos os cidadãos, independentemente de sua orientação sexual e status social, estariam vulneráveis à infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana.

Apesar da inclusão da mulher nos casos de AIDS notificados pelos Boletins Epidemiológicos emitidos pelo Ministério da Saúde do Brasil desde 1986, a discussão sobre a transmissão heterossexual do HIV adquiriu uma maior dimensão, em termos mais populares, a partir da divulgação mundial, em 1991, de que o jogador de basquete americano Magic Johnson havia sido infectado pelo HIV através de relações heterossexuais.

O impacto das declarações do jogador americano, recém-casado, inseriu na discussão da epidemia de AIDS aspectos bastante relevantes, que até então não haviam sido publicamente abordados. Em decorrência deste fato, pensar na abordagem sobre práticas sexuais mais seguras, no contexto das relações conjugais, se tornou uma preocupação significativa para as iniciativas de prevenção do HIV/AIDS, em termos mais específicos.

As crescentes interrogações que passaram a permear a questão relacionada à elaboração de medidas preventivas que pudessem sensibilizar mulheres envolvidas em relações conjugais, foram fundamentais para a escolha desta problemática como eixo principal na concepção deste trabalho de dissertação.

Não obstante, os discursos que passaram a compor a tônica

relativa a essa questão residiam na dificuldade de se pensar estratégias de prevenção para esse segmento de nossa sociedade, tendo em vista as construções sociais que contextualizam as relações entre os gêneros na cultura brasileira.

Portanto, neste trabalho me proponho a discutir as representações sociais em relação à expressão da sexualidade feminina e suas repercussões nas relações entre os gêneros, objetivando uma contribuição mais efetiva para possíveis elaborações de projetos de prevenção que contemplem o universo feminino inserido em relacionamentos conjugais.

A realização da investigação de campo foi possível mediante a minha inserção, como entrevistadora, numa pesquisa intitulada "*A Transmissão Heterossexual do Vírus da Imunodeficiência Humana Adquirida: um estudo multicêntrico na Cidade do Rio de Janeiro*", que teve seu início em 1990. O objetivo desta investigação é a obtenção de informações sobre fatores que possam ser analisados e avaliados em relação à transmissão do HIV de homens positivos para sua(s) parceira(s) sexual. O questionário quantitativo é um dos instrumentos de levantamento utilizado para um maior conhecimento de alguns dados, sobre os participantes, considerados relevantes para a questão proposta. Este questionário é subdividido em 4 seções de investigação: identificação, história patológica

pregressa, história epidemiológica e história sexual.<sup>1</sup>

A minha responsabilidade, nesta pesquisa era a aplicação dos questionários quantitativos em mulheres que possuíam companheiros infectados pelo HIV. Iniciei esta atividade no Hospital Pedro Ernesto (UERJ) em 1990 e, posteriormente, ingressei nos Hospitais Gafrée e Guinle (UNIRIO) e Clementino Fraga Filho (UFRJ). O fato de ter sido apresentada, para as respondentes, a partir de minha formação em Psicologia, facilitou a promoção de um espaço para que certos sentimentos relativos à situação vivida por essas participantes encontrassem uma via de expressão.

Muitas vezes essas mulheres, que ainda se encontravam sob o impacto do conhecimento do status sorológico de seus companheiros, buscavam, durante a aplicação do questionário da pesquisa multicêntrica, um momento para falar sobre seus sentimentos mais profundos e explicitar suas dificuldades de estabelecer diálogos no cotidiano de suas relações conjugais. As inquietações geradas por

---

<sup>1</sup> - Os recursos para a realização da pesquisa advém de um contrato entre o Instituto de Saúde dos Estados Unidos (NIAID), a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e o Ministério da Saúde do Brasil (FIOCRUZ). Os principais investigadores são: Dr. Euclides Castilho (FIOCRUZ) e Dr. Mark Guimarães (UFMG). Participam da pesquisa os seguintes Centros de Saúde: Hospital Universitário Pedro Ernesto (UERJ), Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (UFRJ), Hospital Universitário Gafrée e Guinle (UNIRIO), Centro de Hematologia Santa Catarina, PAM 13 de Maio (INAMPS) e Hospital Evandro Chagas (FIOCRUZ). (Guimarães MDC, Castilho E. "Heterosexual Transmission of HIV: a multicenter study in Rio de Janeiro, Brazil". In: Abstract Form. Seventh International Conference on AIDS. Florence, Italy. 1991)

discursos dessas mulheres, cujas idades variam entre 18 e 50 anos e que pertencem a classes sociais diferentes. Posso acrescentar que essas mesmas inquietações e dificuldades foram observadas tanto nas relações recentemente estabelecidas quanto em casamentos considerados bem sucedidos mediante seus 30 anos de duração.

Em decorrência do contato com tais mulheres pude, ao longo de um ano e meio, através de entrevistas semi-estruturadas, obter depoimentos significativos para a composição da discussão proposta neste trabalho.

A possibilidade de se iniciar uma reflexão sobre o assunto torna-se de suma relevância para o entendimento da epidemia de AIDS no contexto da sociedade brasileira. Atualmente, a razão proporcional entre a contaminação Homem-Mulher encontra-se na faixa de 6:1<sup>2</sup>, adicionando-se a esse dado a preocupação de sua repercussão sobre o aumento dos índices de transmissão placentária e perinatal. Este último fato torna ainda mais urgente a adoção de estratégias eficazes de prevenção primária, sobretudo se relevarmos as projeções feitas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para os próximos anos.

Neste sentido, a análise de questões que permeiam aspectos

---

<sup>2</sup> - Boletim Epidemiológico. Ministério da Saúde do Brasil. Programa Nacional de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS. Ano VII Nº 03 - Semana Epidemiológica - 09 à 13/março de 1994.

peculiares referentes às vivências de esposas de homens infectados pelo HIV nos proporcionará uma compreensão mais realística das inquietações, incertezas, decepções e dificuldades encontradas, esperança e solidariedade vividas por tais mulheres. Assim, esperamos estar oferecendo uma contribuição mais efetiva para a elaboração de diretrizes que poderão fornecer novas alternativas para a negociação de práticas sexuais mais seguras, tendo em vista a prevenção do HIV/AIDS no universo feminino da sociedade brasileira.

Para viabilizar a discussão proposta neste capítulo introdutório, estruturamos o segundo capítulo desta dissertação comentando sobre a Representação Social da AIDS, considerando o momento em que a doença deixou de ser um fenômeno unicamente médico-epidemiológico, para ser também um acontecimento sociocultural.

No capítulo III, tentaremos problematizar a questão dos paradigmas sociais relacionados à expressão da sexualidade feminina e sua associação com uma cultura interligada ao silêncio, ocultamento e desconhecimento, que se constituem como características de virtude e decência, atributos necessários para a visualização do ser feminino em nossa cultura. A análise dessa rede de representações torna-se relevante, pois é a partir desse entendimento que poderemos compreender suas repercussões nas relações entre os gêneros.

No capítulo IV, será abordado um outro ponto significativo para a discussão sobre a negociação de práticas sexuais seguras em relação à epidemia do HIV/AIDS. Trata-se da construção cultural da sexualidade feminina, na qual a passividade e a tolerância no que diz respeito à infidelidade masculina são bastante ressaltadas. Para tal discussão, estabeleceremos uma reflexão sobre como se deu a edificação de valores morais diferenciados para homens e mulheres em nosso esquema de representações sociais.

No capítulo V, tendo em vista a ampliação da exposição de diferentes situações em que a infidelidade masculina se apresenta, reservaremos um espaço para a discussão de uma outra vertente, relacionada às práticas sexuais masculinas que foram, de certa forma, enunciadas mediante a epidemia de AIDS. Neste contexto, pontuaremos a questão da bissexualidade masculina, sem querer com isso desenvolver uma análise muito profunda sobre o tema. Nossos comentários serão direcionados apenas às dificuldades originadas por essa questão na negociação de práticas sexuais mais seguras. Não é de nosso interesse reeditar a polêmica questão de culpabilizar essas práticas sexuais masculinas como sendo responsáveis pela chegada da epidemia da AIDS ao segmento feminino brasileiro.

No capítulo conclusivo, tentaremos, a partir do conjunto de argumentos obtidos através das investigações realizadas, fornecer

uma reflexão mais sistematizada sobre a importância dessa discussão para a implementação de projetos de prevenção mais eficazes contra a epidemia do HIV/AIDS, tendo em vista as possíveis razões, referidas nesse trabalho, que foram consideradas como dificuldades por parte das mulheres em negociar práticas sexuais mais seguras com seus companheiros.

## II)

**A REPRESENTAÇÃO SOCIAL DA AIDS**

Em qualquer contexto científico onde se deseje refletir sobre as implicações psicossociais decorrentes do surgimento da epidemia do HIV/AIDS, não é possível deixar de dedicar um importante espaço para a discussão de algumas considerações relacionadas à sua inserção na realidade sociocultural e política de nossa civilização. Implicações essas que transcendem o próprio discurso científico, introduzindo a epidemia do HIV/AIDS, metaforicamente, no cotidiano de distintas sociedades, como paradigma do medo, do pânico e da discriminação social e sexual.

Desde os primeiros estudos e pesquisas em relação a essa nova configuração patológica, deveríamos presumir que, para pensar em HIV/AIDS, não poderíamos restringir-nos unicamente à definição científica da área médica. Ou seja, pensar em AIDS significa pensar em um constructo de situações que permeiam a medicina, os espaços sociocultural e político-econômico e, os mais profundos sentimentos que substanciam a constituição humana.

A busca de um melhor entendimento sobre a paradoxal conjugação entre aspectos da realidade tão específicos, porém ao mesmo tempo tão complexos e abrangentes, nos proporcionaria uma compreensão mais significativa sobre o que é, e como se constituiu, o que hoje percebemos como sendo a epidemia mundial do HIV/AIDS.



Em 20 de Outubro de 1987, o Dr. Jonathan Mann, naquela época da Organização Mundial de Saúde (OMS), em discurso na Assembléia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU) em Nova Iorque, Estados Unidos, definiu a situação da epidemia mundial do HIV/AIDS como sendo um processo caracterizado pela junção de três expressões epidêmicas, distintas e conseqüentes entre si.

Segundo sua classificação, Mann definiu a Primeira epidemia, como sendo a da disseminação da infecção pelo HIV (*Vírus da imunodeficiência Humana*), agente causador da AIDS que cada dia, silenciosamente, vai atingindo um número maior de cidadãos em todo o planeta, sem que estes a percebam; a Segunda epidemia apresenta-se somente alguns anos depois da infecção pelo HIV: é a da AIDS, que se manifesta através de um conjunto de sintomas e doenças que ocorrem mais ou menos simultaneamente, e que se instalam em decorrência da baixa imunológica provocada pela presença e ação do HIV no organismo humano; e a Terceira epidemia, definida por Mann, seria a "Epidemia de Reações Socioculturais", como resultado das manifestações orgânicas acima citadas. (*Daniel e Parker, 1991. p.13*).

A Epidemia das Reações Sociais à infecção pelo HIV delineou-se a partir das primeiras iniciativas médico-epidemiológicas, nos Estados Unidos, para a compreensão e tentativa de controle da disseminação da doença. A princípio, associou-se, precocemente, a epidemia do HIV/AIDS a modos de vida de determinados grupos sociais

previamente estigmatizados pelas sociedades em geral. Inicialmente os homossexuais masculinos, seguidos posteriormente por usuários de drogas endovenosas e prostitutas, apareciam como indivíduos mais "propensos" a se infectarem.

Desta forma, quando mais tarde as estatísticas mundiais falseavam essa imagem segregadora em relação à epidemia, o discurso social da AIDS já se encontrava impregnado pelo pânico, pelo preconceito, pelo descaso e pela discriminação.

Apesar da atual realidade, expressa em números, de pessoas vivendo com o HIV e AIDS, ainda perduram, no senso comum de nossa sociedade, estas concepções primárias e distorcidas que geram tanto pavor, não só em relação a doença, mas também aos atingidos por ela, direta ou indiretamente: familiares, amantes, cônjuges, amigos, etc.

Neste sentido, ao mesmo tempo em que os investimentos empreendidos pelas ciências médica e biológica constituem elementos fundamentais no enfrentamento da epidemia do HIV/AIDS (no estudo de novos medicamentos e vacinas, por exemplo), as ciências sociais e humanas não podem negligenciar seu importante papel no combate à Epidemia das Reações Sociais e, sobretudo à violação dos Direitos Humanos. (Guimarães e Godinho, 1992. P.19)

Para tentarmos refletir sobre as tão acirradas questões que

configuram o cerne da Terceira Epidemia, é importante que retornemos no tempo, contextualizando fatos relativos às primeiras iniciativas para a compreensão dos casos que esboçavam o surgimento de uma nova doença, e as controvérsias científicas que conferiram ao histórico da epidemia do HIV/AIDS, nas sociedades por ela atingidas, o preconceito e a discriminação como respostas sociais. Desta forma, estes acontecimentos marcantes, acabaram por emoldurar, de maneira trágica - em termos tão contundentes - esta moléstia (AIDS) que, tão logo após o seu surgimento, foi considerada por cientistas e pesquisadores como a Epidemia do Século XX.

### **2.1) O DESCONHECIDO: UM "ESPECTRO" NA SOCIEDADE**

A partir da necessidade de se fazer, neste estudo, uma retrospectiva do surgimento dos primeiros casos de AIDS, utilizaremos a obra literária do jornalista americano Randy Shilts, *O Prazer com Risco de Vida* (1987). Com base em pesquisas realizadas nos Centros Médicos dos Estados Unidos, jornais, publicações científicas, etc., o autor relatou, de forma minuciosa, tanto o aparecimento desta moléstia, quanto os primeiros casos clínicos, descrevendo, criticamente, como e em que momento a epidemia do

HIV/AIDS, deixou de ser um fenômeno, unicamente médico-epidemiológico, para ser também um acontecimento sociocultural.

Em 1980, alguns médicos americanos (São Francisco e Nova Iorque) começaram a diagnosticar, com frequência, casos de pneumonias graves, que chegavam muitas vezes a óbito, em jovens homossexuais masculinos. Porém, o que mais chamava a atenção dos médicos, naquela época, era que essas pneumonias seriam causadas por um protozoário - um microrganismo unicelular bastante primitivo - descoberto por um cientista brasileiro, em 1910, o Dr. Carini.

Este protozoário, o *Pneumocystis carinii*, é um dos milhares de microrganismos inócuos que habitam o corpo humano, mantidos sob controle do Sistema Imunológico do homem, sem causar nenhum comprometimento à saúde de seu "hospedeiro", se este estiver com o sistema de defesa natural desempenhando satisfatoriamente suas funções.

A ocorrência de uma Pneumocystose em seres humanos era, até então, algo que se limitava a situações de extrema desnutrição, ou ainda, aos primeiros casos de transplantes de órgãos, em consequência da rejeição dos mesmos pelo organismo do transplantado.

Sendo assim, a Pneumocystose tornara-se uma patologia que despertava pouco interesse científico por parte de pesquisadores e

médicos, em decorrência de sua raridade de expressão e ação no organismo humano.

Um outro tipo de manifestação clínica sobreveio na comunidade homossexual masculina de Nova Iorque e São Francisco em 1980. Tratava-se do surgimento de manchas arrocheadas na pele, que mais tarde foram identificadas nos manuais de medicina como sendo um câncer raro, denominado pelo saber médico, *Sarcoma de Kaposi*.

A súbita freqüência deste diagnóstico entre homossexuais masculinos jovens causara, na época, estupefação aos médicos e cientistas, pois este tipo de câncer fora descoberto em 1871 - em homens judeus do Mediterrâneo - aparecendo a notificação somente de 800 casos, aproximadamente, em alguns livros médicos no século passado, em homens na faixa etária compreendida entre 50 e 60 anos.

As inquietações científicas dos médicos americanos levaram-nos a investigar mais detidamente esta ocorrência de câncer de pele. E verificaram que o mesmo fora diagnosticado, na África Central, como o tumor mais comum entre a população, numa proporção de 1:10 casos de câncer nesta região.

Porém, o que mais provocava perplexidade nos médicos americanos era o fato de que esse tipo de câncer havia sido qualificado, na população africana, como pertencente à ordem de câncer benigno, cujos portadores morriam, anos após seu

diagnóstico, em consequência de outros fatores clínicos. Diferentemente desses pacientes, jovens americanos sucumbiam com freqüência diante da espantosa agressividade do Sarcoma de Kaposi.

Outros registros de inexplicáveis manifestações clínicas foram diagnosticados nessa população específica americana, tais como: *Linfadenopatia Generalizada Persistente (LGP)*, ou seja, inflamação dos Gânglios Linfáticos, sem haver uma causa específica; e infecções por *Citomegalovírus (CMV)*, provocando persistentes e ininterruptas diarreias, com grande perda de peso nos pacientes, ou ainda, perda progressiva ou total da visão.

Esse somatório de sintomas raros e estranhos, acrescidos de outras infecções que adquiriam incompreensíveis conotações fatais, como por exemplo: Hepatite, Meningite, Toxoplasmose, infecções bucais severas, etc. (atualmente controláveis por medicamentos), fizeram com que os médicos americanos - diante do total desconhecimento do que poderia estar acontecendo nos corpos de seus pacientes - encontrassem na associação entre o recente detectado mal e o estilo de vida sexual desses indivíduos, a explicação necessária para tais distúrbios de imunossupressão.

Evidentemente, as consequências da conexão entre uma epidemia inexoravelmente fatal e a homossexualidade masculina no seio de algumas sociedades ocidentais conservadoras, trariam como resultado, dentre tantas reações, o desinteresse por parte de

cientistas renomados que poderiam dedicar-se à investigação da origem do mal, como também o descaso dos órgãos responsáveis pela comunicação de massa, visto que matérias envolvendo homossexualidade não despertariam o interesse dos leitores em geral. Neste sentido, os departamentos ligados a Saúde Pública, ficariam isentos das pressões exercidas pela formação da opinião pública.

O primeiro reconhecimento oficial da existência de uma nova moléstia foi publicado, em 1981, no Mortality and Morbidity Weekly Report (*MMWR*), diário oficial do Center of Disease Control (*CDC*), órgão central do serviço de saúde pública dos Estados Unidos, responsável pela vigilância epidemiológica deste país. Nesse diário, como parte da notícia "Pneumonia Pneumocystis-Los Angeles", aparecia o seguinte texto: *"O fato de estes pacientes serem todos homossexuais sugere uma associação entre alguns aspectos do estilo de vida homossexual ou a enfermidade adquirida através de contato sexual e a pneumonia Pneumocystis nesta população"*.

Os jornais, principalmente os direcionados para o público gay, começaram a divulgar notícias sobre a Pneumonia por Pneumocystis Carinii (*PCP*), explorando as manchetes com títulos menos científicos, porém mais sensacionalistas, cujo o tema central era: *"Pneumonia Gay"*. E, mais tarde, referiram-se ao Sarcoma de Kaposi (*SK*) como *"Câncer Gay"*.

Estudos mais pormenorizados dos quadros clínicos apresentados por estes pacientes revelaram que as vítimas do PCP e do SK sofriam de uma estranha perda de linfócito T no sangue. Em consequência, as vítimas desta estranha doença padeciam de infecções oportunistas, que surgiam, e somente atingiam um poder de grande malignidade nos organismos daqueles homens, porque o Sistema Imunológico deles estava enfraquecido por uma infecção primária.

Alguns cientistas da Universidade da Califórnia, São Francisco, apesar de não desejarem provocar nenhum tipo de comoção em relação as comunidades gays americanas, resolveram sedimentar os pretensos aspectos sexuais da desconhecida doença, concretizando este fato através da nomenclatura que passaram a usar para nomeá-la: *GRID - GAY RELATED IMMUNE DEFICIENCY* ou *DEFICIÊNCIA IMUNOLÓGICA RELACIONADA AO GAY*.

Em Fevereiro de 1982, apesar da GRID, alguns homens haitianos e um homem usuário de drogas endovenosas (*UDEV*), estavam internados nos hospitais do Brooklin, Nova Iorque, com Toxoplasmose e a tão famosa "pneumonia Gay", sugerindo um quadro clínico semelhante a recém nomeada doença de homossexuais. Estes pacientes, porém, afirmavam sua heterossexualidade.

Após muitos embates em relação ao diagnóstico desses pacientes heterossexuais, a confirmação da GRID, nesses homens, tornou-se manchete em vários jornais americanos de grande



circulação nos Estados Unidos; os títulos das reportagens sugeriam, de forma culpabilizadora, as práticas homoeróticas como causa do aparecimento e da propagação entre os heterossexuais desta forma de adoecimento : *"NOVA MOLESTIA FATAL DE HOMOSSEXUAIS ATACA HOMENS E MULHERES HETEROSSEXUAIS"*, demonstrando que já havia notificações médicas de casos de mulheres e crianças com GRID, alguns deles, decorrentes de transfusão de sangue ou uso de droga endovenosa.

Apesar desses fatos, somente em 13 de junho de 1982 o Centro de Controle de Enfermidades (CDC) dos Estados Unidos declarou publicamente o surto de supressão imunológica como sendo uma epidemia. E já em 15 de Junho de 1982, haviam sido registrados 471 casos de GRID, dos quais, 184 foram fatais.

Aos poucos, foram surgindo casos de hemofílicos, apresentando quadros clínicos ligados à imunossupressão. Alguns médicos, inclusive, pensavam que o fator VIII matara seus pacientes, que, muitas vezes idosos, estavam sucumbindo ao *Pneumocystis Carinii*.

A comunidade médica que se ocupava dos hemofílicos passou a suspeitar de uma possível transmissão do PCP, através da substância coagulante - o fator VIII - injetada em seus pacientes, por meio de transfusão sanguínea.

Esta hipótese inicialmente foi descartada, por especialistas no assunto, que usavam o argumento de que o processo de filtragem

do sangue dos doadores, durante a preparação do fator VIII, evitava a transmissão de bactérias e protozoários em razão do tamanho dos mesmos. Porém, tal filtragem não poderia ocorrer em relação à micróbios menores, como por exemplo, viroses que tinham condições físicas de ultrapassá-la, a exemplo do vírus da Hepatite B, que atinge em grande número os hemofílicos.

Outros casos de hemofílicos com características semelhantes à GRID, foram sendo observados suscitando, no meio médico, suspeitas de que a nova doença poderia ser derivada da ação de um novo vírus, ainda desconhecido dos virologistas e pesquisadores da área; porém, mesmo diante de tantas evidências, vinculava-se, ainda, a imunossupressão à homossexualidade masculina.

Com a notificação de casos de imunossupressão em hemofílicos, os CDCs retiraram qualquer referência a "homossexualidade" ou "comunidade", na nomenclatura para designar esta nova doença; algumas sugestões foram dadas, e finalmente renomeou-se a nova moléstia com a sigla AIDS (*Acquired Immunological Deficiency Syndrome*, ou síndrome da imunodeficiência adquirida), já que o nome GRID não traduzia mais a realidade das pessoas que portavam tais sintomas, retirando-se de seu significado qualquer tipo de conotação sexual.

A palavra Adquirida era importante, pois, distinguia este tão misterioso grupo de sintomas da Síndrome Imunológica Congênita, ou

por problemas de imunidade química induzida, indicando, portanto, que a Síndrome era adquirida de alguma forma. Porém, só não se sabia como acontecia o contágio.

Em novembro de 1982, já havia 788 casos de AIDS registrados em 33 Estados americanos, sendo que a cidade de Nova Iorque, notificava cerca de 400 casos, seguida pela cidade de São Francisco, a segunda em número de casos registrados. Neste mesmo mês, o Dr. Robert Gallo, encontrou, através de suas observações em laboratório, a transcrição reversa nos linfócitos infectados dos pacientes de AIDS, porém não havia sido possível localizar o vírus, pela dificuldade de manter esses linfócitos vivos durante um período de tempo necessário para que a pesquisa pudesse ser realizada adequadamente, a fim de encontrar o retrovírus.

Em dezembro de 1982, o MMWR, publicou a seguinte notícia: *"IMUNODEFICIENCIA INEXPLICAVEL E INFECÇÕES OPORTUNISTAS EM CRIANÇAS - NOVA IORQUE, NOVA JERSEY E CALIFÓRNIA"*; ao todo, os CDCs tinham registrados 22 bebês, o que causou alarmismo e preocupação na população médica americana.

As razões para tais preocupações, advinham da observação do quadro clínico apresentado por esses bebês, que demonstravam possuir uma espécie de deficiência imunológica diferente do comumente existente em situações congênitas com características clínicas semelhantes ao relacionado com a AIDS, tais como: queda na

contagem de células T4, inflamação dos gânglios linfáticos e incapacidade de combater as infecções mais comuns e benignas.

Essas observações adquiriram maior peso quando associadas a esses diagnósticos, foram detectadas as mesmas alterações clínicas nas mães dessas crianças, sendo que as mesmas eram usuárias de drogas endovenosas. Com base nessas percepções, os médicos responsáveis por essas pacientes, passaram a hipotetizar que o desequilíbrio de imunidade, por elas apresentado, era proveniente da ação de algum tipo de vírus, contraído através do uso de drogas injetáveis, que teria sido transmitido aos bebês via placenta.

Um outro aspecto demarcador e de grande importância - tanto para a descoberta do agente causador da infecção primária que provocava a queda de imunidade quanto em relação às suas vias de transmissão e mecanismos de ação no organismo humano -, foi a constatação de que, apesar de mais de 43 mulheres, parceiras de usuários de drogas endovenosas, já terem desenvolvido PCP ou outras infecções oportunistas relacionadas à AIDS, nenhum de seus parceiros apresentavam, até então, sinal algum da Síndrome.

Partindo dessas observações clínicas, os CDCs concluíram que esses parceiros UDEV eram portadores de um agente infeccioso que haviam transmitido às suas parceiras por via sexual, embora eles próprios não tivessem apresentado nenhum tipo de infecção.

A partir da análise desses registros, não se poderia fugir de uma realidade tão clara e contundente, pois evidenciava-se, através deste perfil, que a até então segregadora doença já havia se disseminado entre diversas camadas sociais.

Apesar de já se conhecer casos de AIDS em mulheres e crianças, o ranço da "praga gay" ainda vigorava na concepção popular da época. Somente após as notificações em bebês, finalmente a categoria "contato heterossexual" foi inserida no discurso médico científico da AIDS na lista oficial dos fatores de risco comumente conhecidos na ocasião; porém, se restringindo a mulheres parceiras de UDEV e de homens bissexuais.

A busca pelo isolamento do vírus que dava origem à AIDS, tornou-se uma emergência para alguns cientistas, sensibilizados com o número de óbitos notificados, até então, em todo o planeta.

Na França, em 1983, o Dr. Luc Montagnier, após observar muitos pacientes que sucumbiam pelo mesmo mal, isolou no Instituto Pasteur um novo retrovírus que, segundo suas pesquisas - feitas a partir do exame de tecidos de um paciente que apresentava linfadenopatia - seria o responsável pelo desencadeamento da AIDS. Nomeou esse novo retrovírus de LAV (*Lymphadenopathy Associated Virus* ou vírus associado à linfadenopatia), opondo-se, desta forma ao virologista americano, Dr. Robert Gallo, que acreditava ser o causador da Imunodeficiência Adquirida, uma qualidade de vírus

derivado do HTLV (*Human T Cell Leukemia Virus* ou vírus da leucemia humana que ataca as células T).

Levando-se em consideração os poucos recursos destinados a pesquisa da AIDS, alguns avanços foram obtidos. Nessas investigações descobriu-se que outros mecanismos decorrentes da ação do vírus deveriam ser considerados: por exemplo, simultaneamente ao ataque feito às células T4, havia uma alteração nos linfócitos B (um outro componente do sistema imunológico); e outras alterações orgânicas foram percebidas sem que as mesmas acarretassem quadros tão graves, apesar de os pacientes apresentarem queda das células T4. Para esses quadros "intermediários", os CDCs passaram a usar a denominação de ARC (*AIDS Related Complex* ou complexo relacionado à AIDS).

As ocorrências de casos de AIDS, nos anos seguintes, aumentaram de forma incontrolável, e já em janeiro de 1985 os hospitais de Nova Iorque e Nova Jersey, por exemplo, estavam superlotados de homens, mulheres e crianças. Já não havia mais como distinguir condutas sociais em relação a modos de vida para determinar grupos específicos dentro do contingente de pessoas infectadas.

A AIDS passara a ser um problema de Saúde Pública generalizada, com registros em todos os Estados Americanos e também em todo o planeta. Estava instalada a Epidemia Mundial da AIDS.

Apesar do grande número de notificações de pessoas infectadas, a recente ameaça à saúde do planeta continuava, ainda, a ser percebida como restrita, sendo tratada como algo que possuía um "endereço certo", contrariando, inclusive, alguns aspectos peculiares que definem a instalação de uma epidemia em um determinado lugar. Logo, somente pessoas que possuíam determinado tipo de comportamento estariam expostas ao perigo da infecção. De outra forma todos estariam a salvo. O assunto se resumia na dicotomia entre vítimas e culpados: os que procuravam a doença, e os que por uma infelicidade do destino eram capturados por ela.

Dentro deste enfoque, vale citar o caso de uma prostituta descoberta como portadora de AIDS, em São Francisco. Um noticiário televisivo, sob o título: *"UMA BOMBA RELÓGIO HUMANA CAMINHA PELAS RUAS DE SÃO FRANCISCO"* abalou a opinião pública, e a mulher passou a ser conhecida como *"MARIA TIFÓIDE"*. Perseguida por matérias alarmistas que destilavam o repúdio e o preconceito, ela também foi discriminada por suas colegas, que a ameaçaram de espancamento até à morte, caso não fosse embora, para que não espantasse os clientes.

O preconceito hipócrita e conservador foi amplamente incentivado através dos meios de comunicação, pois a prostituta poderia contaminar um "macho heterossexual". Diante de uma ameaça tão expressiva, a AIDS chegou, ainda de forma segregadora, aos meios formadores de opinião pública, diferentemente de quando

pretensamente, somente os homossexuais masculinos e usuários de drogas endovenosas se infectavam.

Embora casos de AIDS tivessem sido registrados em heterossexuais, desde os primeiros estudos epidemiológicos pelos CDCs no verão de 1981, somente no início de 1985 começaram a notificar publicamente esses dados.

Na África, alguns pesquisadores relataram que milhares de pessoas com suas imunidades suprimidas estavam morrendo em Uganda. Os africanos chamavam a AIDS de "DOENÇA DA MAGREZA"; e na África Central, a AIDS era mais conhecida por "A DOENÇA HORROROSA DO SEXO", ou "A DOENÇA SEXUAL HORROROSA".

Nesta época (1985), algumas pesquisas realizadas no Instituto do Exército Walter Read, em Washington, D.C., revelavam que 7 homens casados já apresentavam um quadro clínico de AIDS e ARC, e 5 esposas estavam contaminadas pelo HTLV-III (*Human T Lymphotropic Virus III*, nome dado ao vírus da AIDS por Robert Gallo), sendo que 3 destas mulheres já se encontravam no estágio clínico de ARC. Estes homens, soldados americanos, afirmavam terem tido relações sexuais com prostitutas, causando novos questionamentos, por parte dos pesquisadores, em relação às vias de transmissão do vírus da AIDS. Os estudiosos acreditavam, até então, que no caso do contágio por via sexual somente seriam infectados os indivíduos receptores de esperma.



No entanto, diante da narrativa assertiva desses soldados, começou-se a especular, ainda que timidamente, a inserção da mulher na rota de transmissão do vírus da AIDS.

Nesse mesmo período de tempo, fora notificado no Centro Médico Seton, em São Francisco, o centésimo caso de mulher infectada via transfusão de sangue, o qual havia sido fornecido pelo Banco de Sangue Irwin Memorial, em agosto de 1983.

Alguns cientistas, envolvidos na investigação de testes que pudessem detectar a presença do vírus da AIDS no sangue, entre eles, o Dr. Robert Gallo, haviam declarado, no início de janeiro de 1985, que os mesmos poderiam contar com uma margem de erro entre 5% e 30%. Esta margem era devida tanto à ausência de precisão dos testes, quanto ao fato de que eles acusavam apenas a formação de anticorpos para o HTLV-III, que somente podem ser observados, através destes exames, até 6 semanas depois do contato com o vírus.

Dentre tantas polêmicas que circundavam as investigações relativas a epidemiologia da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - principalmente no que diz respeito à questão sobre os grupos de risco -, uma outra controvérsia dividiu os noticiários mundiais. Tratava-se da questão relacionada ao verdadeiro responsável pelo isolamento do retrovírus causador da AIDS, envolvendo o Dr. Luc Montagnier, do Instituto Pasteur, França, e o Dr. Robert Gallo, do Instituto Nacional do Câncer, nos Estados

Unidos, ilustres nomes da ciência mundial.

Apesar de o Dr. Gallo anunciar ter isolado o retrovírus artificialmente, em seus laboratórios de pesquisa, nomeando-o como HTLV-III, em 1984, suas observações estariam respaldadas em exames de tecidos que continham o LAV, nome dado pelo Dr. Montagnier, em 1983, para o mesmo retrovírus. Finalmente em 1987, para que se evitasse a possibilidade de julgamentos em tribunais abertos, os governos dos Estados Unidos e da França assinaram um acordo concedendo a cada pesquisador crédito parcial por várias descobertas no modo de isolar o já então denominado, consensualmente, *HIV* (*Human Immunodeficiency Virus* ou vírus da imunodeficiência humana).

Os avanços científicos, nos últimos anos da década de 80 e o início dos anos 90, foram satisfatórios, em se tratando de algo tão novo e desconhecido para a medicina; porém, por mais que a ciência acelerasse seus estudos e pesquisas, na busca permanente de anti-retrovirais (por exemplo, a utilização do *AZT* - azidotimidina -, no tratamento de indivíduos com AIDS, a partir de 1987) e também na tentativa de se encontrar uma vacina curativa ou preventiva -, além de toda a investigação de cientistas sociais, procurando esboçar, a partir de observações de situações específicas, melhores direcionamentos para campanhas informativas - silenciosamente, a disseminação da infecção pelo HIV galgava rapidamente e de forma incontrolável todo o território americano, bem como vários outros

países e continentes.

No Brasil, a irrupção do HIV/AIDS não foi diferente da ocorrida na maioria de outras sociedades latinas e européias. A difusão desta epidemia entre a população brasileira data aproximadamente dos finais dos anos 70; porém, as primeiras notificações de casos de AIDS surgiram a partir de 1982.

Mesmo antes de serem publicadas as primeiras notificações de casos de AIDS em nosso país, a epidemia de AIDS no mundo, principalmente nos Estados Unidos, já estava sendo amplamente difundida em nossa sociedade, através de noticiários locais, onde as informações chegavam de forma sensacionalista aos ouvintes e leitores. Desta forma, a imagem retratada e massificada da epidemia do HIV/AIDS limitava-se, sem nenhuma análise crítica, à reprodução da maneira estigmatizante de se definir o que era a tão recente epidemia: uma moléstia que atingia grupos específicos. Fato este que foi facilmente introjetado em nossa sociedade. (*Daniel e Parker, 1991. p.33*)

Sendo assim, a epidemia do HIV/AIDS chegou ao Brasil, inicialmente, pela terceira configuração epidêmica, descrita pelo Dr. Jonathan Mann - a Epidemia das Reações Sociais (já mencionada no início deste capítulo) -, diferentemente da cronologia e configuração dos acontecimentos nos Estados Unidos.

Portanto, os doentes de AIDS passaram a ser - seletivamente falando - aos olhos dos brasileiros, indivíduos inexoravelmente pertencentes aos então descritos grupos de risco; estes eram considerados, pela comunidade em geral, como pessoas que mantinham comportamento social e sexual correspondentes aos dos grupos já estigmatizados.

Além disso, havia a "pseudo-certeza" de que a epidemia de AIDS, era algo que "estava no estrangeiro", no "outro" - longe de qualquer possibilidade física e econômica da grande massa social brasileira -, fato este que pode ter se constituído em uma barreira para uma possível reflexão, popular e governamental, sobre a inserção da infecção pelo HIV em nosso país, dificultando assim a elaboração de iniciativas preventivas mais eficazes, em nossa sociedade.

O discurso da mídia entrava nas redes de comunicação como uma "bomba", atacando, em princípio, a orientação sexual dos indivíduos, e provocando uma mórbida combinação de curiosidade e medo nos leitores em geral. As imagens da epidemia eram descritas sensacionalisticamente, e o principal elemento que transformava a AIDS em manchete, com grandes possibilidades de lucros e vendas, era a imediata associação entre sexualidade e morte.

Falou-se em "câncer gay", "peste gay" e outras denominações, que faziam os olhos dos leitores correrem rapidamente os textos

jornalísticos, causando-lhes espanto e medo e gerando, como resposta coletiva, a discriminação sexual e social dos atingidos pela infecção.

Em junho de 1983, com a notícia do falecimento de um famoso costureiro do Brasil, a sociedade brasileira deixou de encarar a AIDS como sendo uma doença rara que afetava a saúde da população homossexual dos Estados Unidos e da Europa, e o HIV passou a penetrar na consciência de nossa sociedade de uma forma mais concreta, menos "estrangeira". (*op.cit.* p.55)

Em 1986, após três anos da notificação do primeiro caso de morte por AIDS no Brasil, passamos a ocupar o segundo lugar na escala mundial de incidência desta infecção, com 790 casos e 406 mortes. E, apesar de a maioria dos casos ser de homossexuais, já se incluíam nessa estatística homens bissexuais e algumas mulheres heterossexuais, modificando-se, assim, o perfil inicial característico da AIDS. (*op.cit.* p.56)

## 2.2) BRASIL: DOS JORNAIS AS TVs - CAMPANHAS DE (DES)INFORMAÇÃO

Frente aos resultados estatísticos alarmantes no Brasil, que revelavam o considerável aumento do índice de expansão e disseminação da infecção pelo HIV, o governo começou a investir em campanhas de prevenção contra a epidemia do HIV/AIDS.

No início de 1987 (apresentando o Brasil, 2.213 casos de AIDS notificados nos Boletins Epidemiológicos do Ministério da Saúde), preocupado com o período de carnaval, o Governo brasileiro aprovou em Brasília o slogan da campanha: "AIDS - VOCÊ DEVE SABER EVITAR". Tal campanha foi feita através de cartazes e filmetes. O Ministério da Saúde havia se inspirado, para a estruturação desta campanha, em modelos já divulgados na França, Inglaterra e Estados Unidos, e o objetivo era torná-la facilmente compreensível, utilizando uma linguagem clara e sucinta, para esclarecer a população em geral sobre os perigos do contágio. (*Jornal do Brasil, 07 de Fevereiro de 1987 - Pesquisa O Globo*)

Foram utilizados quatro filmetes com duração de dois minutos cada um, sendo estes, segundo o Ministério da Saúde e publicitários, a "linha-mestra" da campanha, à medida que eram dirigidos aos "grupos de risco". Havia também um outro filmete, com duração de 30 segundos, para informações genéricas sobre a doença. O slogan aparecia sempre no início e no final do anúncio, servindo

como elo para as mensagens. (*Ibid.*)

Os filmetes com duração de dois minutos falavam da transmissão da doença entre os hemofílicos, homossexuais, usuários de drogas injetáveis ou de transfusões de sangue; falavam ainda sobre as deficiências dos testes de diagnóstico da doença e os problemas de rejeição enfrentados pelos "aidéticos". (*Ibid.*)

Os filmetes de 30 segundos tentavam explicar os meios de transmissão e prevenção da infecção de forma genérica, também informando os locais indicados para maiores esclarecimentos. (*Ibid.*)

Um ano após a campanha divulgada no início de 1987, mais precisamente, em fevereiro de 1988, possuindo o Brasil 3.687 registros de pessoas infectadas pelo HIV, surgiu um novo *slogan*, acompanhado da fotografia em close da modelo Eliany Mansour, com os seguintes dizeres: "QUEM VÊ CARA, NÃO VÊ AIDS", escrito em letras em evidência. (*Jornal O Globo, 09 de fevereiro de 1988 - Pesquisa*)

Faziam parte desta campanha, além dos *outdoors* espalhados pelas ruas (com a fotografia em close da referida modelo), três filmetes com duração de um minuto cada um (passados na TV).

O primeiro, mostrava uma rua onde prostitutas e travestis "faziam ponto". O locutor lembrava que, além de diversão e

alegria, na vida noturna há muitos perigos, e o maior deles é a AIDS. (Jornal O Globo, 05 de Fevereiro de 1988 - Pesquisa)

O segundo filmete mostrava um homem fantasiado de arlequim, dançando ao som de uma bateria de escola de samba; simultaneamente, o locutor pronunciava os seguintes dizeres: "QUANTO RISO, QUANTA ALEGRIA. ESTE É O LADO BOM DA FOLIA. MAS EXISTE UMA OUTRA FACE, QUE NÃO É NADA ILUMINADA. É A FACE TRÁGICA DE UMA DOENÇA MORTAL CHAMADA AIDS." O arlequim aparecia depois em um leito de hospital. Uma lágrima corria em seu rosto. O locutor então falava das vias de transmissão do HIV, da prevenção, e concluía: "LEMBRE-SE QUE AIDS MATA SEM PIEDADE, E ESTÁ SE ESPALHANDO POR AÍ. DEPENDE DE VOCÊ INTERROMPER ESSE CORDÃO." (Ibid.)

O terceiro filme mostrava, no interior de um avião, uma aeromoça que, em vez de transmitir as normas de segurança durante o voo para os passageiros, avisava: "ATENÇÃO PARA AS INSTRUÇÕES QUE PODEM SALVAR SUA VIDA NESTA VIAGEM." E mostrava o folheto da campanha contra AIDS (fotografia dos outdoors). Depois, retirava de um envelope uma camisinha de vênus e a exibia, esticada. Simultaneamente, o locutor mencionava: "EM SUAS RELAÇÕES SEXUAIS, QUALQUER QUE SEJA O SEU PARCEIRO, USE SEMPRE CAMISINHA DE VÊNUS, OU FAÇA SEU PARCEIRO USAR." (Ibid.)

A aeromoça pegava então algumas seringas descartáveis, enquanto se ouvia nova instrução: "SE POR ALGUMA RAZÃO, VOCÊ TIVER



*QUE TOMAR INJEÇÃO, NUNCA USE SERINGAS E AGULHAS DE OUTRAS PESSOAS.*"  
(*Ibid.*)

As críticas dirigidas à campanha, feitas por diferentes setores representativos em termos sociais, não foram favoráveis no sentido de sua receptividade.

Segundo essas organizações (grupos feministas, Organizações Não Governamentais/AIDS, etc.), além de a campanha não atingir os indivíduos que pudessem estar expostos a situações de risco (na época citados como grupos de risco), não continha nenhuma forma explícita de informar a população em geral sobre maneiras mais seguras de se proteger da infecção pelo HIV. Sobretudo, colocava a figura da mulher como símbolo das nuances sedutoras e convidativas, que configurariam uma "armadilha" para a transmissão do vírus:

*" No lugar de atingir os grupos de risco, a nova campanha do Ministério da Saúde contra a AIDS colocou em discussão a figura da mulher. Vários grupos feministas de todo o país estão enviando protestos ao Ministério, repudiando a utilização de um modelo no cartaz "QUEM VÊ CARA NÃO VÊ AIDS". As mulheres consideraram a campanha ofensiva e de muito mau gosto. Em Brasília, o Conselho Nacional de Proteção à Mulher enviou uma carta ao Ministério da Saúde. Também a deputada federal Abigail Feitosa levou à Câmara*

Federal a sua mensagem de protesto. No Rio, várias deputadas prepararam uma moção contra a campanha. E as entidades feministas prometeram, para o Dia Internacional da Mulher, no próximo dia 8 (março de 1988), continuar com o protesto". (Jornal Última Hora, Segundo Caderno, 4 de março de 1988).

"... porque procura fazer da AIDS um personagem. Para começar, personaliza a AIDS numa mulher, o que é resultado de um tradicional machismo, que já mostrou historicamente sua função repressiva e obscurantista, quando se fala em doenças venéreas.

A "cara" da AIDS faz do doente um indivíduo "estranho" e "ameaçador". O doente é visto como um agente, a própria corporificação da doença. Desse modo, a AIDS não é mais um processo social que envolve pessoas reais, no seu mundo histórico real; passa a ser um mecanismo envolvendo "erro", "pecado" e "culpa".

Esses preconceitos embutidos na campanha servem para estimular suspeita e desconfiança, abandonando toda hipótese de solidariedade." (Editorial boletim ABIA, nº 2, abril de 1988).

Sem dúvida alguma, o ano de 1988 apontava um crescimento de

notificações de casos de AIDS em mulheres em nosso país, totalizando, na época, 481 registros acumulados desde 1980, quando o Ministério da Saúde identificou o primeiro indivíduo com AIDS.

Porém, a discussão sobre a participação da mulher na rota de propagação da Epidemia não se restringiria somente à questão de sua inserção nos famosos grupos de risco, mas também à possibilidade de se criar espaços de reflexão, onde fossem cogitados questionamentos relacionados a sua própria prevenção, que contempla aspectos relevantes, se levarmos em consideração tanto a configuração do contexto hierárquico das relações de gênero, quanto seus equivalentes simbólicos na construção das representações sociais da masculinidade e feminilidade em nossa sociedade.

Sobretudo, porque a adoção de práticas de sexo mais seguro, como uma forma de proteção à infecção pelo HIV, traz, para as mulheres, alguns desafios: a negociação do uso do preservativo ou práticas sexuais sem penetração com seus parceiros, acionam dificuldades relacionais com os mesmos na medida em que para tal discussão há a necessidade de que certos acordos conjugais sejam pensados e abordados. Além do mais, os costumes culturais, atitudes e desconhecimento existentes em torno da camisinha de vênus no Brasil, ditam que ela torna o ato sexual menos prazeroso, de modo que, sem a finalidade de contracepção o seu uso é inteiramente descartado.

Além dessa crença popular de que a "camisinha" diminui o prazer masculino, a mulher é também sobrecarregada por um outro estigma social, ou seja: possuir em seu poder um preservativo significa uma total disponibilidade para o ato sexual, vulgarizando-a frente aos olhos masculinos.

O monopólio masculino relacionado ao domínio da situação sexual e a conseqüente submissão da mulher frente ao mesmo geram uma outra dificuldade em relação às iniciativas de proteção das mulheres conscientizadas sobre a epidemia do HIV: a negociação do preservativo nas relações sexuais com parceiros estáveis corresponde à abertura de um espaço de discussão sobre a questão do adultério masculino, o que em nossa cultura significa colocar em evidência algo que fica relegado ao silêncio.

Assim sendo, essas situações adversas e preconceituosas, por sua vez, acabam por desestimular as mulheres a negociarem práticas de sexo mais seguro, tornando-as mais vulneráveis diante da epidemia do HIV/AIDS.

Durante o mês de setembro de 1988, quando o Brasil já notificava, nos Boletins Epidemiológicos (MS), 3.687 casos de AIDS, o poema "QUADRILHA", de Carlos Drummond de Andrade, inspirou uma nova campanha contra a AIDS, exibida na TV em horário nobre. "JOÃO QUE AMAVA TERESA/QUE AMAVA RAIMUNDO/QUE AMAVA MARIA/QUE AMAVA JOAQUIM/QUE AMAVA SILVIO/QUE AMAVA ANA/QUE AMAVA ZECA/QUE AMAVA

RITA/QUE AMAVA FÁBIO/QUE MORREU DE AIDS."No final do filmete, a advertência: "NÃO MORRA DE AIDS, USE CAMISINHA." (Jornal Folha de São Paulo, 13 de outubro de 1988 - Pesquisa O Globo.)

O filmete possuía a seguinte ordem de imagens, enquanto o poema era recitado pelo locutor: as cenas começavam com imagens de uma igreja onde acontecia um casamento. Depois, numa sucessão de ações rápidas e de impacto, a noiva jogava o buquê de flores, que caía no pé de um caminhoneiro; ele pisava, amassava as flores e subia no caminhão. Ao rodar pela cidade, ele olhava para uma moça na calçada da rua; a mulher olhava para outro rapaz, que falava na cabine do telefone com outra menina; essa menina estava na janela da casa e olhava com desejo um outro rapaz, que passava na rua; este observava outro, que estava numa motocicleta; por sua vez, o motoqueiro olhava para a mulher. No momento em que a câmera se aproximava de seu rosto, percebia-se então o seu luto. Em seguida, o locutor lançava a mensagem: "NÃO MORRA DE AMOR. USE CAMISINHA" (nova adaptação do slogan original). (Ibid)

Novamente, as iniciativas distorcidas do governo federal, para mobilizar a população sobre a gravidade da epidemia de AIDS, tiveram um "malfadado" destino frente aos seus objetivos; sem contar com as críticas acirradas, feitas pelas Organizações Não Governamentais/AIDS, que, indignadas com o uso equivocado do poema de Carlos Drummond de Andrade, manifestaram-se sem complacência:

" Agora, nossos espertos propagandistas resolveram matar o último participante da QUADRILHA. De AIDS, naturalmente. Provocando, ao contrário do que já foi veiculado por campanha anterior, que amor mata. Tiraram do poema o misterioso pinto. E nunca tentaram inserir na propaganda um mínimo de informação eficiente para combater uma epidemia que se alastra, facilitada pela ausência de um Programa Nacional de Prevenção e Controle da AIDS.

Este filmete de TV agora veiculado e, de longe, o pior e o mais equivocado na longa série de tolices distribuídas oficialmente como informação sobre AIDS por nossas autoridades sanitárias, tão pouco sanitárias e tão autoritárias. A política de informação continua insistindo na tecla do medo, do susto, da arrogância. A experiência mundial tem provado - e não só no caso da AIDS - que todas as campanhas de promoção de saúde não funcionam quando baseada na publicidade do terror.

Nunca é demais repetir que o segredo da prevenção está na possibilidade de mobilizar a comunidade afetada, fazendo-a participar do controle da epidemia como um exercício de cidadania, de fato exercendo o direito à saúde para todos. Não basta dizer que a epidemia é perigosa e apelar, como no caso da AIDS, para que as pessoas não façam no caso sexo e amor. É preciso mostrar os perigos, convocando as pessoas para que tomem iniciativas coletivas para superar o problema." (Editorial boletim ABIA Nº 5, novembro de

1988).

Em julho de 1989, começou a ser divulgado pelo Ministério da Saúde, quatro vezes por dia, em todas as emissoras de TV do país, um anúncio de um minuto de duração, numa tentativa de maior conscientização da população sobre a necessidade de prevenção da AIDS. (*Jornal Folha de São Paulo, 20 de Julho de 1989 - Pesquisa O Globo*)

Durante 15 dias, dezoito personalidades das áreas médicas, esportivas e artísticas apareceram na TV, "ensinando" como evitar a doença. A lista incluía Zico, Caetano Veloso, Xuxa, Ayrton Senna, Maetê Proença, Susana Vieira, Francisco Cuoco, entre outros. (*Ibid.*)

Com frases curtas e contundentes de cada artista, o anúncio falava de métodos de prevenção contra a AIDS e também chamava a atenção para a discriminação social contra os atingidos.

Sobre um fundo neutro, cada convidado, em close, dizia uma frase curta: "CAMISINHA NÃO TIRA O PRAZER E EVITA O RISCO", afirmava Francisco Cuoco. "TÁ NA HORA DA GENTE VIRAR O JOGO CONTRA A AIDS", dizia o jogador de futebol Zico. Ayrton Senna, corredor de fórmula I, mencionava: "JUNTOS A GENTE GANHA ESSA PARADA". (*Ibid.*)

Depois de 15 dias de veiculação do anúncio, a campanha foi suspensa por 15 dias. Após algum tempo, entrou novamente em rede, por igual período, em todas as emissoras do país.

O período compreendido entre julho de 1989 e o final de 1990 foi marcado pela ausência de investimentos governamentais direcionados à melhoria das informações sobre a epidemia do HIV/AIDS para a população brasileira.

Com a posse de Fernando Collor de Mello, em março de 1990, e a indicação de Alcení Guerra para o Ministério da Saúde, as respostas governamentais em relação à epidemia de AIDS sofreram mudanças significativas. (*Parker, 1994. p.92*)

Com a demissão de Lair Guerra, responsável pelo Programa Nacional de Combate à AIDS no governo Sarney, e o ingresso de Eduardo Cortes na direção deste Programa, o Ministro da Saúde pensou em fornecer uma resposta mais contundente à epidemia do HIV/AIDS no Brasil. (*Ibid.*)

Entretanto, as medidas tomadas por Alcení Guerra no que se refere ao combate à epidemia de AIDS tornaram-se extremamente contraditórias em relação aos seus objetivos, à medida que o Ministro promoveu um expressivo corte orçamentário do Programa Nacional de Combate à AIDS, trazendo um sério comprometimento para realização do mesmo. (*op.cit. p.93*)



Neste sentido, a falta de um orçamento satisfatório e a ausência de funcionários fizeram com que o Programa Nacional de Combate à AIDS sofresse um grande retrocesso em termos de suas iniciativas, principalmente no que diz respeito à elaboração de campanhas informativas. (*Ibid*)

Somente no final do ano de 1990 e início de 1991, um novo *outdoor* apareceu nas ruas da cidade (e de todo o país), exibindo a silhueta de um casal heterossexual nú, com a região genital coberta por um alvo em cor vermelha, tentando traduzir o *slogan*: "SE VOCE NÃO SE CUIDAR A AIDS VAI TE PEGAR". (Arquivo ABIA)

Em seguida esse mesmo *slogan* foi associado a um filme de 30 segundos, apresentado em todas as emissoras de TV.

O filme era uma seqüência de plano de pessoas, que davam o seu depoimento de frente para a câmera, olhando direto para o espectador. Elas ocupavam o centro da imagem de um fundo neutro, sendo substituídas uma a uma. (*Ibid.*)

A primeira imagem era de um homem, que dizia:

"EU TENHO TUBERCULOSE. EU TENHO CURA".

Segundo homem: "EU TENHO LEPRA. EU TENHO CURA".

Uma mulher: "EU TENHO LEUCEMIA. EU TENHO CURA".

Um homem: "EU TENHO CÂNCER. EU TENHO CURA".

Um homem: "EU TENHO AIDS. EU NÃO TENHO CURA".

Este último homem ficava parado, sustentando o olhar para a câmera, e o locutor falava simultaneamente: *NOS PRÓXIMOS DIAS, NOS PRÓXIMOS MESES, NO PRÓXIMO ANO, MILHARES DE PESSOAS VÃO PEGAR AIDS, E VÃO MORRER. SE VOCE NÃO SE CUIDAR A AIDS VAI TE PEGAR*". (Ibid.)

Dentre todas as campanhas realizadas pelo Ministério da Saúde, nenhuma delas provocou tanta indignação das ONGs/AIDS, que a consideraram inútil, equivocada e incompetente. Para exemplificarmos essas críticas, citaremos alguns trechos apresentados no Editorial do boletim da Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA), com o título de "PREVENÇÃO FATAL":

" O exemplo de uma prevenção mal utilizada, levando a perdas de preciosas vidas humanas, deveria ser refletido pelos autores da atual campanha deflagrada pela Divisão de DST/AIDS do Ministério da Saúde. A campanha governamental pertence à triste categoria de prevenção fatal. De fato, os estrategistas do Ministério resolveram adotar uma técnica "de guerra". Contra a AIDS? Aí, a primeira dúvida. Parece que a campanha quer atacar outras coisas, não a doença ou o vírus. A guerra parece ser contra o sexo, o prazer, o corpo, e afinal contra as pessoas vivendo com AIDS. Não parece que nossos burocratas, associados a

publicitários em crise de criatividade, tenham assestado suas baterias contra os verdadeiros inimigos. Escolheram alvos que se localizaram em cima de duas silhuetas de um homem e uma mulher, em cima exatamente dos sexos dessas sombras mal desenhadas. Mais uma vez, antes de qualquer coisa, a campanha usa predominantemente metáforas bélicas, mal orientadas, criando um clima de luta "entre o bem e o mal", onde esses conceitos se tornam absolutamente ambíguos. (...) Parece necessário reafirmar claramente que os inimigos que devem ser enfrentados pelas campanhas de informação devem ser o vírus, a doença, a epidemia, os preconceitos e a discriminação. Em cima destes devemos localizar nossos alvos. E não em cima do sexo, do corpo, do prazer, das pessoas.

Os cartazes e anúncios, além de uma qualidade gráfica francamente indigente, não informam, e são agentes de uma política fundada sobretudo na desconfiança. "desconfiemos uns dos outros" parecem dizer aquelas sombras carregando no sexo um labirinto ou um convite para o ataque de armas tenebrosas. Se analisarmos friamente, o desenho do casal, apresentado em traços grosseiros, silhuetados, demonstra uma maneira como o Governo e toda a sua política de saúde encaram o cidadão brasileiro hoje: como uma sombra, quase um vazio, alvejado sobretudo pela omissão, pelo desinteresse e pela incompetência. É deste modo que o Ministério da Saúde pensa o brasileiro: um fantasma, vítima

*de problemas de saúde que o Ministério não pensa superar."(Editorial Boletim ABIA, março de 1991).*

Perante a própria opinião pública, a campanha repercutiu de forma negativa e questionadora. Podemos citar como exemplo, uma carta enviada por um leitor ao Jornal da Tarde de São Paulo, em 14 de Janeiro de 1991, com os seguintes termos:

*"Li recentemente no Jornal da Tarde que o governo brasileiro está novamente gastando milhões de cruzeiros com propagandas para alertar a população sobre o perigo que representa para a vida o vírus da AIDS.*

*Assistindo ao telejornal dessa campanha, durante um dos intervalos tive o desprazer de ver um dos alertas. Nele, algumas pessoas que tiveram doenças graves apresentam-se como curadas, enquanto o rapaz vítima da cruel síndrome nos diz que seu caso não tem solução.*

*O que mais me chamou atenção foi a péssima forma de comunicação, além do mau gosto. Ora uma pessoa saudável poderá sentir calafrios? Foi o que eu senti. Aí, talvez, os "brilhantes" criadores da campanha alcançaram o resultado desejado. Mas, então, me perguntei: e um contaminado? Qual, será sua sensação naquele tétrico instante? Por uma questão de simples sensibilidade sabemos que para ser curado de*

qualquer mal o paciente tem que ter força interior. O que acontece nesse caso? Faz-se necessário dizer ao Ministro da Saúde, Dr. Alceni Guerra e à sua equipe, que muitos cidadãos desse triste país são contaminados também nos hospitais públicos por meio de transfusões de sangue ou de agulhas reaproveitadas.

Esse é o grande contraste entre o Brasil do "jet ski" e do radinho de pilha . Como disse Oswald de Andrade, em 1922: "Tupi or not Tupi". Lamentavelmente, enquanto coisas desse tipo continuarem a fazer parte do nosso dia-a-dia seremos tupi."

Apesar dos investimentos dispendidos em iniciativas governamentais, para o esclarecimento da população em geral, os resultados não foram nada animadores.

As campanhas veiculadas pelo Ministério da Saúde não conseguiram sensibilizar o país para a gravidade da epidemia, talvez até porque essas autoridades desconhecessem a necessidade de que a elaboração de estratégias para a prevenção do HIV deveriam ser direcionadas para informações que melhor esclarecessem a população. O próprio Boletim Epidemiológico emitido pelo Ministério da Saúde, em maio de 1993, refletia a ineficácia dessas campanhas, notificando 8.353 casos de AIDS, incluindo registros de homossexuais (1.917 casos), bissexuais (924 casos), usuários de

drogas endovenosas (2.162 casos), hemofílicos (75 casos), receptores de sangue (247 casos), heterossexuais (1.651), 492 por transmissão referentes a fatores múltiplos e 885 ligados a vias de transmissão não definidas (*Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde-Ano VI nº 1 Semana Epidemiológica - 01 a 05/93*).

Diante das campanhas alarmistas e sem conteúdo informativo, com ataques abertamente dirigidos à sexualidade, o resultado não poderia ter sido outro: o total afastamento da população em geral das informações básicas sobre a prevenção da epidemia. Exacerbava-se, desta forma, a mística de que a AIDS era uma "doença do outro", do promíscuo, do sodomita e dos libertinos.

Ademais, a consolidação no senso comum de nossa sociedade dos efeitos produzidos pela enfermidade, e fantasias sobre o deterioramento físico gradativo, tão enfaticamente descrito por notícias sensacionalistas, eram traduzidos pelo escárnio monstruoso e cadavérico exibido nos corpos dos indivíduos, inscrevendo-se, desta forma, como marcas incontestáveis da presença da doença. Esta imagem do sujeito eminentemente terminal tornou-se, cotidianamente, uma descrição visual do indivíduo que vive com HIV e AIDS, carregando nessa imagem fabricada, o peso moral das vicissitudes que os levaram a essa tragédia.

Neste âmbito, encontramos no trabalho de Herbert Daniel e Richard Parker comentários substanciais que sintetizam a

importância sobre as primeiras leituras feitas pelo coletivo, que foram determinantes para a elaboração do senso comum que circunda até os dias de hoje, a difícil tarefa de prevenção:

*" Desde que a epidemia começou a tomar forma, particularmente nas páginas dos jornais diários, a observada marginalidade de suas vítimas foi ligada à observável severidade das conseqüências da doença. Uma atenção particular foi dada, talvez acima de todo resto, a pelo menos três características da doença: sua natureza contagiosa, sua aparente incurabilidade e seu desfecho inevitavelmente fatal. Tomadas em conjunto, essas (obviamente interrelacionadas) características vieram a se tornar essencialmente uma definição mínima do que é AIDS - uma definição que pode representar certos fatos científicos, mas que finalmente levou ao desrespeito de direitos humanos básicos." (Daniel e Parker, 1991. p.19).*

Se continuarmos a pensar na questão da fabricação destas imagens, podemos citar, também, o trabalho realizado por Antônio Fausto Neto, que através de um levantamento feito a partir de discursos impressos em enunciados e matérias jornalísticas, analisou a forma como a mídia tratou dos casos do ator Lauro Corona (falecido em 1989) e do cantor e compositor Cazuza (falecido em

1991). Essa análise refletiu de maneira clara, as sutilezas indutoras ligadas a um acontecimento que transcendeu o próprio lugar do ser concreto da epidemia, e passou a ser um fato desvelador do que eram o ator e o cantor em suas vidas privadas. Citaremos agora alguns exemplos desses enunciados que apareceram em diferentes jornais do Rio de Janeiro.

*" Corona era do grupo de risco dos Homossexuais e os primeiros boatos de que estava com AIDS surgiram no final do ano passado, quando preparava-se para iniciar as gravações de Vida Nova. Ele desmentiu. Mas quem seguiu a novela pôde acompanhar também sua decadência física(...)"*. Os primeiros sinais de que Lauro Corona estava doente de AIDS aconteceram em janeiro passado, quando pediu afastamento da novela Vida Nova.(...) Retornou mais magro, com menos cabelo e uma semelhança física logo identificada pelo público com o cantor Cazuza, que na época despertava todas as emoções. (Referências feitas por Fausto Neto. p. 59)

Fausto Neto aponta-nos algumas questões importantes relativas à reflexão sobre as respostas sociais à epidemia do HIV/AIDS. Segundo o autor de *Mortes em Derrapagens*, a morte ou o falar sobre a morte é uma questão de difícil acesso para o ser humano, pois a



angústia da consciência da mortalidade tem sido objeto de vários estudos que mostram a recusa da morte como a resposta coletiva que torna a convivência com esta certeza mais amenizada, ficando o discurso dessa angústia nas "entrelinhas" do simbólico - refúgio da certeza do saber-se finito. (Fausto Neto, 1991. p.21)

Este refúgio, muitas vezes, pode ser expresso através da necessidade de projetar no outro os aspectos simbólicos onipotentes da imortalidade, onde pelo processo de identificação, este outro é posto no lugar do imortal - caso, por exemplo, dos artistas idealizados por seus fãs, o Deus, o imortal, o eterno, ou, utilizando um termo de Fausto Neto, os "olimpianos". (Ibid.)

Portanto, a fuga e o sentimento de medo da morte, são respostas coletivas determinadas culturalmente, havendo, assim, diferentes formas de reações à recusa dessa condição final humana. Remetendo-se a Freud, Fausto Neto põe em relevo os estudos sobre aspectos inconscientes da mente humana, onde a elaboração de algumas reflexões sobre esse temor, apontam como uma das respostas de refúgio para a angústia do medo da morte, a fuga da realidade. (op. cit. p.21).

Este jogo de representações simbólicas e fuga da certeza da morte foi traduzido na mídia, pela forma inviesada com que foram tratadas as mortes dos astros Lauro Corona e Cazuza:

"Se a morte derrapa metonimicamente ("doença vaga", "cansaço", "alergia", "estresse", "misteriosa doença" etc.), no desdobramento deste jogo de contigüidades, emerge uma singular metáfora que trata de explicar e, ao mesmo tempo, constituir-se na principal operação simbólica que, a nosso ver, é o dado básico captado por este trabalho de análise: a recusa da morte!." (op. cit. p.24)

O trabalho de Fausto Neto (1991), mostra, através da análise do discurso jornalístico sobre os processos de adoecimento e morte desses ídolos, como a imprensa se torna instrumento de veiculação da expressão imaginária desta resposta de fuga coletiva da certeza da morte:

"Tomada como uma atividade segunda (este narrar sobre as ações alheiras), pela neutralidade que deve conferir o ato de produção e pelo papel, meramente reproducionista do discurso de um outro, o jornalismo, segundo tal concepção é situado num contexto de "desobrigações", no qual funciona apenas como dispositivo intermediário, instrumento, articulador e suporte de algo que lhe é externo. (op. cit. p.25)

Assim, segundo Fausto Neto, o trabalho da imprensa se faz, basicamente, a partir da articulação de diferentes códigos: o "código maior"<sup>3</sup>(a língua) e códigos particulares (as regras de redação). Desta forma, de posse dessa instrumentalização técnica, o jornalista ocupa o lugar de um agente enunciador de expressões culturais de uma dada sociedade; além do mais, ele próprio também está inserido neste contexto cultural, logo em posição passiva de assimilação dos códigos e representações dessa mesma sociedade. (*op.cit. p.26*).

Neste sentido, muito mais do que noticiar os acontecimentos que invadiam as vidas de Lauro Corona e Cazuza, a imprensa sedimentava, por meio de seus enunciados metonímicos, a cumplicidade e o compromisso cultural de manter no lugar do não dito, esta certeza comum a todos: a morte.

Na verdade, assegurar a personificação da epidemia da AIDS, valendo-se de recursos que associam certos modos de vida (grupos de risco) à doença, e fabricar retratos falados de pessoas que possivelmente estariam infectadas, são formas que, de um certo modo, mantêm, distante do cotidiano de cada indivíduo a perda da ilusão do ser imortal. Não obstante, o preconceito e a discriminação social aos atingidos pelo HIV/AIDS, aparecem como respostas coletivas que representam a necessidade de afastar de nossa condição humana este agravo à onipotência.

---

<sup>3</sup> Aspas do autor

Portanto, a partir da valorização e conseqüente análise da importância desses aspectos simbólicos presentes no imaginário coletivo - elementos básicos para a formação do sujeito social - verificamos que as repercussões advindas da associação AIDS e Morte podem ser melhor analisadas, se atualizarmos certos acontecimentos históricos que abalaram e ao mesmo tempo reinvocaram posicionamentos sociais frente a questões da saúde coletiva, os quais foram enfaticamente determinantes para as relações sócio-afetivas.

É importante lembrar que as reações coletivas de preconceito, discriminação e culpabilidade, direcionadas a determinadas doenças e seus doentes (males que têm a deformação física, a incurabilidade e a letalidade como enredos mais significativos) há muito tempo repetem-se como forma de expressão social ao horror suscitado pela tomada de consciência da fragilidade e mortalidade do ser humano.

Em uma retrospectiva histórica, como exemplo dessas vivências lúgubres de diferentes épocas e sociedades, podemos citar o período que compreende a Idade Média, até o final das Cruzadas, quando as sociedades européias da época foram marcadas pela presença de uma das mais terríveis e estigmatizantes moléstias da história do homem; referimo-nos à lepra, ou como é hoje denominada pelo saber médico, à *hanseníase*.

Segundo a análise feita por Michel Foucault, em "*Stultifera*

navis" (*História da Loucura, 1989*), este período histórico foi marcado pelo surgimento, em toda a Europa Ocidental, de inúmeros locais construídos nos arredores das cidades, destinados a "acolher" pessoas acometidas por essa moléstia, e banidas do convívio social.

Expulsos, apedrejados e excluídos do livre trânsito na comunidade, os leprosos - representantes da deformação física do ser humano e mensageiros da morte - eram encerrados em depósitos ou leprosários, conhecidos, na época, por "*Cidades Malditas*".

Ao final da Idade Média, a lepra e o leproso desapareceram do cotidiano do mundo ocidental, porém as "marcas" desse horror foram inseridas na História da Humanidade, permanecendo no imaginário coletivo, como profundo sentimento de violação brutal à figura do homem, fazendo com que as respostas de "exclusão social" continuassem expressas, de forma compulsiva, mesmo que em outros contextos de convívio social, diante de ameaças semelhantes.

Sendo assim, a figura do leproso - espelho da fragilidade e da morte - foi "substituída" no imaginário coletivo das sociedades européias, nos anos subseqüentes, pela figura do louco, dos presidiários e dos vadios, que eram banidos do convívio social, tal qual fora anteriormente o leproso; criava-se, portanto, uma nova via de expressão das vivências introjetadas do medo, do pânico e do horror da lepra.

A necessidade, ou compulsão, de dar continuidade a respostas sociais ativas de exclusão social encontraram, nesses novos elementos sociais, um campo discursivo viabilizador dessas expressões afetivas de medo da morte, através do preconceito e da discriminação contra esses novos párias, banindo-os para longe das relações de sociabilidade.

Anos mais tarde, ao final do século XV, surge a disseminação das doenças venéreas (*sífilis*), episódio marcado mais uma vez, na história das sociedades européias, pela necessidade de comportamentos de exclusão social, a fim de se poder "repetir" o antigo ritual da preservação da ilusão de perenidade do homem. A sífilis foi vivenciada no imaginário coletivo como outro "substituto" da lepra.

Esta conjugação de representações funestas, levou as sociedades a "acolherem" seus "novos doentes" em diversos locais, anteriormente ocupados pelos leprosos. Porém, a contínua expansão das doenças venéreas nas sociedades européias fez com que houvesse a necessidade de se construir novos espaços para receber os "sifilíticos", e não foi por acaso que estes locais foram construídos nos arredores das cidades, como as antigas "Cidades Malditas".

Instaladas em toda a Europa, as doenças venéreas, no século XVI, passaram a ser arroladas, segundo a concepção médico-

higienista, junto a doenças que exigiam tratamento e controle, sendo consideradas doenças de juízo moral - moralidade, sexualidade e morte -, que ameaçavam as famílias. Anos mais tarde, já no século XVII, a doença venérea passou a ser contextualizada, segundo a concepção médica (medicina higienista), ao lado da loucura, em um espaço moral de exclusão, sendo os insanos escorraçados para além dos muros da cidade.

Sabemos que hoje, no século XX, a hanseníase, as doenças venéreas e também a loucura são doenças sobre as quais o saber médico já conquistou um campo de conhecimento científico e clínico amplo, possibilitando o tratamento e controle desses males; porém, percebemos que o passado ainda persiste no imaginário social, como fantasmas dessas ameaças, sendo estas moléstias articuladas, no discurso social, ainda sob sentimentos de pânico e preconceito em relação aos seus portadores<sup>4</sup>.

Afastada, parcialmente, a possibilidade concreta da morte em decorrência desses males, devido ao progresso cada vez maior das ciências médicas, as sociedades em todo mundo, mais uma vez,

---

<sup>4</sup> - Se quisermos atualizar esse tipo de reação coletiva, podemos citar o exemplo da prevenção do HIV/AIDS utilizado por Cuba desde 1987, quando o Governo, através de campanha de exame em massa de população, identificou indivíduos infectados pelo HIV, enviando-os a um sanatório localizado num subúrbio de Havana. O indivíduo infectado é obrigado a se afastar de seu lar, dos amigos e familiares, e de seu trabalho. A justificativa dada por esse tipo de quarentena, implementado pelo Governo de Cuba, é a importância do fornecimento de avaliação clínica e apoio médico constante. (*Boletim ABIA, nº10 e 11. Março de 1991*)

confrontam-se com o pânico da ameaça relacionada à eclosão de uma nova moléstia : a AIDS, que reativou, no discurso coletivo, os afetos e os mecanismos do imaginário coletivo que possuem esses registros do passado. As vivências lúgrubas da lepra, e outras ameaças - de juízo moral, por exemplo - estão sendo novamente acionadas nos comportamentos sociais, em relação aos atingidos direta ou indiretamente pela nova epidemia. Fato este que tornou, a inicial concepção dos "grupos de risco" cúmplice da necessidade de não-compromisso em relação à participação na propagação da referida epidemia.

Portanto, a dificuldade de se falar da morte se faz a partir de uma construção subjetiva, inscrita em cada indivíduo, através dos processos culturais. Nesse aspecto, a valorização da vida e da saúde tornam-se, de certa forma, caminhos seguros para manter esse compromisso do silêncio sobre a mortalidade (inadequação das Campanhas Governamentais e notícias jornalísticas, por exemplo), algo que deve ser preservado socialmente, sendo a morte expressa em *derrapagens* lingüísticas, estando sempre voltada para o outro, isolando a idéia desta possibilidade, como algo que está reservado a todos.

Neste sentido, a epidemia do HIV/AIDS tornou-se muito mais do que a ameaça concreta de uma possibilidade de morte física. Tornou-se também a ameaça desveladora de uma construção sociocultural, no momento em que associa à sexualidade, - expressão da vida -, com a



possibilidade de morte. Este fato constituiu-se em um dos impasses para a elaboração de medidas preventivas, pois a associação prazer e desprazer (temor à morte) tornou-se uma idéia permanente, se relevamos a necessidade de preservação da vida, atingindo assim o curso das relações afetivas.

Esta rede de comprometimento das relações afetivas tornou-se mais polêmica quando, em novembro de 1991, foi publicada em jornais, revistas e TVs de todo o mundo a notícia de que um desportista famoso, o jogador americano de basquete Magic Johnson - homem saudável, heterossexual, casado e gozando de uma intensa admiração social por estar envolvido em movimentos de minorias sociais -, estava infectado pelo HIV.

O impacto da revelação de que um homem como Magic havia sido infectado pelo HIV demonstrou, portanto, que a idéia da epidemia de AIDS era específica de homossexuais, UDEVs ou pessoas ditas sexualmente promíscuas era estigmatizante e errônea.

Por ser Magic um homem casado, este fato acabou por inserir na contextualização social da AIDS outras questões que demarcaram a inserção da mulher nesta epidemia, não com as características de espectadora do padecimento de seus filhos, mas sim como companheira, relevando-se, para isso, as implicações que essa discussão nos impõe.

Portanto, é necessário, para o início de tal reflexão, que considere-se alguns valores culturais que circundam a representação social das relações entre os gêneros e que são bastante significativas na percepção do que é a epidemia de AIDS e suas repercussões no universo feminino. Relevando-se para isso algumas questões específicas que devem ser observadas na perspectiva de elaboração de projetos de prevenção para este segmento da sociedade brasileira.

III)

**AS RAÍZES DO SILÊNCIO**

O dia 1º de dezembro, Dia Mundial de Luta Contra a AIDS, teve como tema, em 1990, "Mulheres e AIDS". A ênfase dada a essa questão significava a tentativa de se desmistificar a AIDS como sendo uma doença masculina, já que as estatísticas mundiais apontavam crescentes notificações de casos de AIDS em mulheres em todos os continentes.

Segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS), dez a doze milhões de pessoas de todos os continentes foram, até o ano de 1992, infectadas pelo HIV. Cerca de um terço dessas pessoas são mulheres que contraíram a infecção através de relações sexuais. Até 1990, 60% de todos os casos de HIV/AIDS registrados no mundo se deram pela via de relações sexuais entre homens e mulheres. A OMS prevê que, até o ano 2.000, 75% a 80% das infecções associadas ao HIV terão ocorrido via relações heterossexuais. (*Dossiê Panos - A Tripla Ameaça - Mulheres e AIDS. 1993. p.13*).

Em 1990, nas maiores cidades dos Estados Unidos, da Europa Ocidental e da África Subsaariana, a AIDS foi a principal causa de morte de mulheres na faixa etária de 20 a 40 anos. Nos países da África Centro-Ocidental, o número de homens e mulheres com AIDS, em 1990, praticamente se equivalia. Nos Estados Unidos, 10% dos casos de AIDS eram de mulheres e, na Europa, 1/6 dos diagnósticos de AIDS referiam-se, também, às mulheres. (*op.cit. p.16*)

Após dez anos de epidemia, diferentes sociedades de nosso planeta encontravam-se diante de fatos que incontestavelmente falavam de modificações contundentes em relação ao perfil de disseminação do HIV. Esse perfil, segundo a OMS tinha a princípio os seguintes padrões de transmissão, classificados por áreas específicas: *Áreas de Padrão I* - incluindo a América do Norte, Europa Ocidental, Austrália e Nova Zelândia -, onde a maioria dos casos notificados de AIDS nos anos 80 referia-se à transmissão homossexual, ou a homens e mulheres infectados por compartilharem seringas no uso de drogas. *Áreas de Padrão II* - África Subsaariana -, apresentava, preponderantemente, um perfil de transmissão heterossexual, o que concorria para a existência de um grande número de crianças infectadas. *Áreas de Padrão III* - Oriente Médio, Ásia e Europa Central -, possuía o perfil de transmissão ligado à transfusão de sangue e contato sexual. E, finalmente, a América Latina e o Caribe, que eram inicialmente classificados como *Áreas de Padrão I*, foram incluídos em *Áreas de Padrão I/II*, por apresentarem um aumento significativo de mulheres contaminadas via relação heterossexual. (*op.cit. p.18*)

No Brasil, os Boletins epidemiológicos emitidos pelo Ministério da Saúde, em 1984, registravam 1 caso de mulher infectada pelo HIV para cada 125 casos masculinos. Ao entrarmos na década de 90, essa razão já havia se reduzido: 7 casos masculinos contra 1 caso notificado em mulheres. (*Boletim Epidemiológico, Ano VI nº10 - Semana Epidemiológica -40 a 43/ Novembro - 93. P.7*)

No Rio de Janeiro, o início dos anos 90 apontava, nos leitos dos hospitais que possuíam clínicas para HIV/AIDS, uma realidade que aparentemente se resumia a certas experiências de vida: as mulheres que ali se encontravam eram vítimas, não só de maridos adúlteros, mas, pior ainda, das práticas homossexuais de seus parceiros que seriam responsáveis pela infecção dessas mulheres. Essas meias verdades acompanharam a disseminação do HIV em nossa sociedade, apoiadas por discursos que se diziam cientificamente respaldados por uma prática clínica, porém, mais preocupados em rotular moralmente os indivíduos que a esses hospitais se remetiam, acometidos por infecções decorrentes do HIV, do em que olhar mais realisticamente para esses acontecimentos, que muitas vezes afetavam famílias inteiras.

Na verdade, situações desse tipo nada contribuíam para reforçar atitudes comunitárias positivas em relação à epidemia. Além do mais, essas afirmações tornavam-se fortes inimigas das iniciativas de prevenção.

Apesar da grande incidência de casos de AIDS em mulheres em nosso país e das projeções estatísticas emitidas pela OMS, somente no final de 1991 essa discussão atingiu a esfera popular. Novamente a mídia ocupou um lugar importante na história da epidemia de AIDS, noticiando um fato bastante significativo, que de certa maneira deu início a uma mudança na forma pela qual, até então, vinha sendo tratada a questão da transmissão heterossexual do HIV.

Tratou-se da declaração do famoso jogador de basquete Magic Johnson, anunciando ter sido infectado pelo Vírus da Imudofeciência Humana. Este acontecimento foi amplamente coberto por jornais de todo o mundo, dada a sua incontestável relevância.

Em nossos jornais a cobertura ao fato figurava, diariamente, nas principais manchetes, muitas vezes direcionados para os seguintes enfoques "MÉDICO REVELA QUE MULHER INFECTOU MAGIC", citando:

*" O superastro do basquete americano Earvin Magic Johnson adquiriu o vírus da AIDS através de sexo heterossexual, segundo revelou o médico do Los Angeles Lakers, Michael Mellmon. Independente da forma como aconteceu, o anúncio de Johnson estar infectado pelo HIV chocou toda a nação americana, que pela primeira vez assistiu a um famoso ídolo esportivo ir a público voluntariamente dizer que é portador do vírus fatal(...). Nem mesmo a notícia de que o ex-ator de cinema Rock Hudson estava com AIDS, em 1985, causou tanto impacto quanto o drama de Magic Johnson, admirado por milhões de americanos não apenas pelas excepcionais qualidades como jogador, mas também pelo sorriso constante e seu envolvimento em causas em favor dos pobres e dos negros. A revelação de Johnson causou uma nova conscientização sobre a AIDS. Desde sexta-feira à noite, os*

telefones dos serviços de informação sobre a doença, espalhados por todo o país, tocam sem parar, em consequência do súbito reconhecimento das pessoas de que se contaminou um símbolo da virilidade como Johnson, o vírus da AIDS pode atingir qualquer um.

" Algumas vezes você é ingênuo e pensa que isto nunca poderia acontecer com você", disse Johnson na dramática entrevista de sexta-feira. Ele se referia à sua própria experiência, mas a frase serviu como um alerta para grande quantidade de pessoas, inclusive na área esportiva. (Jornal do Brasil RJ, 9 de novembro de 1991).

O impacto das declarações do astro do esporte americano, recém casado, inclusive, e com a esposa grávida, inseriu na discussão da AIDS, aspectos importantes que até então não haviam sido publicamente abordados.

Como dizia o próprio noticiário, pela primeira vez na história da epidemia da AIDS, teve-se conhecimento de que um homem símbolo da virilidade masculina, desportista, heterossexual e casado estava infectado pelo HIV. Sem dúvida que, ao nível de massa, a declaração de Magic Johnson funcionou mais do que todos os comunicados feitos em relação à transmissão heterossexual, derrubando o mito de que a AIDS era um fato relacionado a grupos de risco.

Esta realidade há muito já fazia parte do cotidiano dos hospitais-referência para AIDS no Rio de Janeiro, mas o preconceito e a necessidade de se manter a discussão restrita ao âmbito moral, não propiciavam a oportunidade de ampliarmos a visão das reais dimensões da epidemia, o que permitia que perdêssemos campo para a mesma a cada dia que se passava.

Em 1990, quando demos início à pesquisa de campo, a frequência de casais que procuravam por esclarecimentos médicos já era bastante significativa. Porém, a vertente pela qual se pensava na questão, ainda encontrava-se voltada para o pretenso contato com práticas homossexuais dos companheiros.

A associação entre AIDS e homossexualidade era tão pregnante que os relacionamentos heterossexuais estáveis eram por si sós considerados uma forma de se estar imune ao HIV; logo, o nível de informação dessas mulheres era muito limitado, pois sentiam-se completamente afastadas da possibilidade de se infectarem.

Na verdade, a divulgação desse aspecto peculiar da epidemia tornara-se mais um agravante para se pensar na chegada da AIDS nas relações heterossexuais estáveis, considerando a própria diferença existente nas concepções culturais que envolvem os papéis sociais desempenhados pelo homem e pela mulher. Neste sentido, podemos problematizar a questão de quanto é complicado, para a mulher, buscar um espaço que viabilize questionamentos em relação à



infidelidade de seus companheiros, que é legitimada pela sociedade como um comportamento pertinente à sexualidade masculina. Ademais, imaginemos a situação de se falar em AIDS e práticas sexuais mais seguras em um contexto em que o homoerotismo era a ligação principal com a epidemia.

Sabemos que a representação social das relações de gênero reserva à construção simbólica da masculinidade certas características que propiciam ao homem um livre acesso a sua sexualidade, pensada em termos da própria exposição do homem no mundo. Ser homem em nossa cultura significa dispor de uma sexualidade em evidência, donde pressupõe-se uma relação de intensa intimidade com o prazer e a liberdade de seu exercício.

Contraopondo-se a essa cultura do ser masculino, a sexualidade feminina caracteriza-se por um exercício constante do desconhecer, do silenciar-se, do conformar-se, inclusive em relação aos processos biológicos específicos do próprio desenvolvimento e amadurecimento físico da mulher.

A estruturação da identidade feminina, diferentemente da masculina, segue o estereótipo do silêncio, do ocultamento. Entretanto, esse silêncio não se refere a um vazio, ou à inexistência de um discurso sobre o ser mulher; visto como natural, esse silêncio simbólico, ou ocultamento, que acompanha a sexualidade feminina em seus aspectos mais marcantes - como a

primeira menarca, perda da virgindade, maternidade e menopausa - é a forma pela qual é passado de gerações em gerações o modelo legitimado do ser mulher. (Heilborn et alii, 1980. p.258)

Portanto, essa cultura feminina que explicita uma relação de desconhecimento e ocultamento das suas especificidades físicas, biológicas e emocionais, dominadas por tabus, preconceitos e interdições, extremamente rígidos que circundam a expressão da sexualidade feminina, impõem verdadeiras estratégias de silêncio. Logo, essas estratégias reforçam o caráter de pureza, ingenuidade, fragilidade e inferioridade, atributos necessários para a conservação da imagem legítima da mulher como a moça virgem, esposa fiel e viúva recatada. (op.cit p.259)

Logo, falar sobre prevenção da AIDS, uso de camisinha e práticas sexuais mais seguras<sup>5</sup> equivale a se problematizar esse silêncio, que não é um vazio; esse silêncio que na verdade significa e representa a presença de questões extremamente importantes para se pensar a participação da mulher na epidemia da AIDS, propiciando uma nova leitura e um melhor entendimento para os fatos que podem estar relacionados com o crescente aumento dos números emitidos pelos Boletins Epidemiológicos de mulheres infectadas pelo HIV.

---

<sup>5</sup> E neste sentido incluindo práticas sexuais que não envolvam penetração.

A elaboração deste capítulo tem o objetivo de iniciar a discussão dessas questões, tomando como ponto de partida alguns aspectos ligados a representação social da feminilidade na sociedade brasileira, para que através de seu entendimento possamos analisar as experiências vividas por algumas mulheres que tiveram suas vidas afetivas invadidas pela AIDS e que precisam ser ouvidas, na medida em que nos fornecem elementos importantes para a conscientização e valorização do universo feminino em relação ao porque desse silêncio, que, em certo sentido, auxiliará no combate da epidemia como um todo.

### 3.1) A REPRESENTAÇÃO CULTURAL DA SEXUALIDADE FEMININA

A elaboração de projetos de pesquisa que visam combater o crescente avanço da epidemia da AIDS, via transmissão sexual, tem-se constituído em um verdadeiro desafio para profissionais ligados à questão. Isto porque a elaboração de trabalhos educacionais direcionados à promoção de mudanças de comportamentos e práticas sexuais requer um saber significativo das formas que uma determinada cultura utiliza para expressar sua sexualidade.

Entretanto, mesmo levando-se em consideração décadas de estudos sobre a sexualidade humana, observa-se que a epidemia da

AIDS aponta para a ausência de uma compreensão mais específica sobre questões e dificuldades que permeiam vivências de diferentes sexualidades. O reflexo dessa ausência de conhecimento pode ser evidenciado no Brasil, tanto através da inicial inadequação das campanhas nacionais de prevenção, como também pela demora em elaborar programas específicos de intervenção que objetivassem o entendimento das necessidades de grupos sociais distintos.

Além do mais a forma padronizada e preconceituosa de se pensar a expressão da sexualidade humana impossibilitou que, a princípio, a influência das construções sociais simbólicas ligadas a classificações e categorias sexuais da cultura brasileira fossem examinadas em suas nuances edificadoras, o que, de certa forma, dificultou a elaboração de programas de prevenção do HIV/AIDS direcionados para segmentos específicos de nossa sociedade.

Portanto, associar a chegada da infecção do HIV ao segmento feminino de nosso país, unicamente, ao comportamento bissexual masculino, é negar a existência de uma composição histórica e social que delimita o papel da mulher aos espaços da passividade e da reprodução.

Por esta razão, pensar na elaboração de medidas preventivas eficazes que visem ao controle da epidemia da AIDS no contingente feminino, implica a necessidade de uma reflexão mais complexa sobre aspectos sociais, historicamente construídos, relacionados ao

contexto no qual a sexualidade feminina foi simbolicamente representada.

Respaldado em critérios de inclusão e exclusão sociais extremamente rígidos, o caminho pelo qual a mulher tem acesso a expressão de sua sexualidade é reconhecido, somente, a partir de sua conjugação legítima com a figura masculina feita por meio do casamento.

Na verdade, é comum perceber que a maioria dos discursos elaborados sobre sexualidade feminina encontra-se associada ao papel que a mulher desempenha após seu casamento. A partir dessa condição, o direito a maternidade, considerado como o ápice da feminilidade, é exercido sem conflitos e o dever da fidelidade estabelece-se como principal critério para atingir essa realização, que sedimenta a sua auto-estima.

Vista como sendo essencialmente virtuosa, a identidade feminina é definida como tímida, passiva, frágil, dependente e fiel. Todavia, apesar desses atributos serem considerados como positivos dentro dos parâmetros culturais vigentes, ao mesmo tempo são, muitas vezes, referências do aprisionamento resultante das ações de dispositivos de controle social sobre a sexualidade humana, decorrentes de fatores históricos pregnantes, responsáveis pela segmentação de valores diferenciais nas relações de gênero.

Influenciada pelos costumes culturais, a expressão da sexualidade tem sido, em diferentes épocas, objeto de apreciações de cunho repressor. Desta forma, regras e instrumentos de vigilância foram socialmente construídos, a partir da necessidade de se promover regimes e normas de comportamento que se adaptassem, tanto aos jogos políticos de cada época, quanto à obtenção, através destes, da supremacia e controle do poder social.

Os alicerces destes instrumentos de normatização da expressão da sexualidade e do comportamento sexual propriamente dito, baseados em regras, leis e valores morais - éticos e religiosos - acabaram por determinar diferentes modelos culturais, sociais e políticos, durante períodos históricos distintos. Esses processos antecederam o que hoje compreendemos como sociedades capitalistas, onde a valorização da sexualidade e a conseqüente exploração do sexo são pilares da economia no mercado de consumo popular.

Essa expressão sociocultural popular da sexualidade nos dias de hoje - que a transforma em um campo amplamente explorado e determinado dentro do mercado de consumo capitalista -, teve sua construção inicial a partir do século XVI. As vivências emocionais nesse campo tornaram-se focos ou instrumentos de controle de interesses que conjugavam economia e monopólio de poder, advindos dos mandos da Igreja Cristã, a partir da qual vivenciava-se, não só o que se compreendia como sendo condutas "certas" e "erradas" nesse campo das vivências humanas, mas também, e principalmente, o poder

político-social.

Durante esse período de controle da expressão e do desejo sexual exercido pela Igreja Cristã, tanto o homem quanto a mulher eram obrigados a se despirem dos desejos e fantasias sexuais em prol do amor divino, sancionando, assim, uma liderança política, encoberta pelas leis divinas, e determinando imperativamente o domínio e controle de seguidas gerações, em diferentes sociedades.

Assim, segundo os preceitos do Cristianismo, durante toda a Idade Média, o sexo possuía a função de procriação; o ato sexual era destituído de qualquer possibilidade de ser fonte de prazer, seja físico ou psíquico.

Neste sentido, a masturbação, o homossexualismo masculino e feminino, o sexo oral e anal, o coito interrompido, a poluição sem penetração, eram algumas das atividades que envolviam a sexualidade listadas no rol das normas de conduta Cristã, na categoria de "pecado". Tais atos eram considerados graves e passíveis de punição severa, já que as pessoas neles implicadas estavam, segundo as normas eclesiásticas, possuídas pelo demônio.

Baseada na teologia cristã, a condenação do sexo como fonte de prazer, feita pela Igreja, edificou-se a partir da premissa de que este encontrava-se diretamente associado ao pecado original,

simbolizado pela desobediência dos representantes bíblicos do Homem e da Mulher: Adão e Eva. Neste sentido, o pecado original referia-se ao ato de insubordinação a Deus praticado pelo primeiro casal, que por isso foi expulso do Édem (Paraíso da eternidade terrestre), castigado com a perda das prerrogativas divinas e condenado à morte física e à dor. Homens e Mulheres, desde então, passaram a experimentar sentimentos de carência e sofrimentos como punição.

*" O pecado original possui duas faces: é o de deixar-se seduzir (tentação) pela promessa de bens maiores do que os possuídos (como se houvesse alguém mais potente que Deus, para distribuí-los) e é a transgressão de um interdito concernente ao conhecimento do bem e do mal. Seu primeiro efeito: a descoberta da nudez e o sentimento da vergonha, de uma lado, e o medo do castigo, do outro. Seu segundo efeito: a perda do paraíso.*

*Que é perder o paraíso? Tornar-se mortal, separar-se de Deus e conhecer a dor (lavrar a terra estéril, parir no sofrimento). O pecado original tanto no sentido de primeiro pecado quanto no de pecado de origem) é a queda: separar-se de Deus, descobrir a morte e a dor, conhecer a carência e a falta. É nessa constelação de sentidos que se desenvolverá a meditação dos primeiros padres da Igreja sobre o sexo."(Chauf, 1984. p.86.)*



Portanto, a síntese do binômio sexo-pecado, de acordo com a visão cristã, era significada pela associação do sexo - enquanto satisfação do prazer - e a morte, relegando e encerrando esta expressão da sexualidade na função procriadora:

" A vinculação do sexo com a morte e, conseqüentemente, do sexo com a procriação, faz com que na religião cristã a sexualidade se restrinja à função reprodutora. Embora o sexo esteja essencialmente atado ao pecado, todas as atividades sexuais que não tenham finalidade procriadora são consideradas ainda mais pecaminosas, colocadas sob a categoria da concupiscência e da luxúria e com os pecados mortais. Além disso o sexo é função vital de um ser decaído, quanto menos a necessidade sexual sentida, tanto menos decaído alguém se torna, purificando-se cada vez mais. Donde toda uma pedagogia Cristã que incentiva e estimula a prática da continência (moderação) e da abstinência (supressão) sexuais, graças à disciplinas corporais e espirituais, de tal modo que a elevação espiritual traz como conseqüência o abaixamento da intensidade do desejo e, conforme à mesma mecânica, a elevação da intensidade do desejo sexual traz o abaixamento espiritual. (op.cit. p.87.)

Tendo em vista a concepção Cristã sobre a questão do pecado original e as ações punitivas dele resultantes, citadas anteriormente, pode-se, ainda, encontrar uma outra associação importante entre o sexo e a morte. Já que, segundo esta concepção, a procriação - neste período considerada a única finalidade da sexualidade -, estaria vinculada à reprodução de seres mortais, carentes e expostos a toda a sorte de mazelas.

Ainda segundo a visão do Cristianismo, encontra-se na questão da virgindade, principalmente da mulher, tanto um conceito importante relacionado à purificação da função reprodutora da humanidade, quanto um marco relevante na passagem da condenação do casamento para sua inclusão como Sacramento, nas Leis Cristãs.

Neste sentido, pela virgindade - a barreira que impediria o ser humano da época de sucumbir aos amores profanos, ou desejos e prazeres carnis - se interromperia o ciclo da morte, purificando a corruptibilidade da procriação da mortalidade. Desta forma, chegava-se ao amor divino, ao amor à família, obtido no casamento.

Discorrendo sobre acirradas contraposições de Gregório de Nissa, Tertuliano e Graciano e o Apóstolo São Paulo, Marilena Chauí discute, em sua obra, a passagem do casamento como uma representação do pecado para a sua instituição como *remédio* para os assédios da carne.

A passagem do amor profano ao amor divino, obteve sua justificativa pela definição do casamento como um remédio. Segundo o pensamento cristão, a abstinência era o comportamento ideal em relação ao sexo; caso, porém, não pudesse ser alcançada, a solução seria cada homem possuir sua mulher. As obrigações do matrimônio - como, por exemplo, o sexo - deveriam ser cumpridas por esposo e esposa, pelas seguintes razões: por um lado, sendo a mulher considerada culpada pelo pecado original - pelos seus encantos sedutores - estaria mais exposta às tentações da carne; o casamento neste sentido, objetivava a repressão desses impulsos; e por outro lado, o casamento impediria que o homem, no ápice de seus "instintos biológicos", encontrasse no adultério - a busca de concubinas - ou na masturbação e no homossexualismo a solução para seus anseios.

Ainda assim, a importância da reprodução designaria ao casamento à qualidade de casto, já que, após o cumprimento da obrigatoriedade da procriação, o sexo deveria ser contido. Somando-se a esse fato, cita-se a condenação do prazer da mulher em detrimento do prazer sexual masculino, mediante a sua importância para a reprodução (pela presença necessária da ejaculação). Logo, percebe-se que este pensamento solidificou-se, inscrevendo-se na estruturação da sexualidade feminina e modelando o conceito de ser mulher, associado ao papel de mãe assexuada e esposa honesta.

Continuando a reflexão sobre o texto de M. Chauí, o

surgimento da Igreja Católica Romana fez com que os designios eclesiásticos sofressem algumas alterações, dentre eles o casamento.

Os costumes da aristocracia européia em relação ao casamento diferiam em alguns pontos da visão cristã, dada sua constituição cultural ser originária dos bárbaros.

Em primeiro lugar, as relações sexuais pré-conjugais eram comuns, utilizadas como certificação da possibilidade de procriação por parte da mulher, já que a mortalidade infantil assombrava essas civilizações impedindo a formação de guerreiros e trabalhadores de terra:

*" O casamento aristocrático era uma cerimônia antecedida, de vários anos, por um conjunto de ritos (a promessa, o pacto, e o dote), até culminar nas núpcias. Esta era decisão e cerimônia doméstica ou de caráter privado: as famílias faziam as escolhas e a cerimônia se realizava na casa do futuro casal, ou nas dependências do Castelo paterno se ali fosse habitar o casal. O pai do noivo os abençoava diante de todos, o leito conjugal também recebia a benção paterna e iniciavam-se dias de festejos. Os escribas da casa registravam o casamento para o controle da genealogia." (op.cit. p.93.)*

Segundo Chauí, um outro dado relevante com relação aos costumes do casamento aristocrático era a não-existência, nestes, do caráter de universalidade e nem de indissolubilidade, pois não havia a necessidade de muitos herdeiros. Não obstante, observava-se uma troca constante de cônjuges em razão da alta taxa de mortalidade. A descoberta de esterilidade, incesto ou a necessidade de outro casamento por conveniência, eram também razões suficientes para o rompimento da aliança.

Esses fatos foram de suma importância para que a Igreja, tempos mais tarde, travasse uma luta intensiva contra a bigamia, em prol do casamento monogâmico.

Lentamente, a Igreja infiltrava-se nas classes populares edificando suas leis e normas onde eram sedimentados as premissas básicas para o casamento. Alterando os rituais que, até então, eram empregados por essas civilizações.

O casamento aristocrático, que possuía algumas peculiaridades, como a privacidade e a bigamia, passou, a partir do século IX, a ser legitimado em razão de algumas modificações que o transpuseram para a forma monogâmica, sendo sua realização feita em nível público. Este procedimento determinou a transferência da cerimônia de casamento, realizada nos grandes casarões, para o interior das Igrejas.

Ao final do século XIII a Igreja passou a implantar de forma definitiva o caráter de indissolubilidade do casamento, o que acirrou seu controle sobre a comunidade, estabelecendo-o como condição para estabilidade matrimonial:

*"Sem dúvida, essa transformação também interessava à classe dominante. Na altura dos séculos XI e XII, há duas etapas no matrimônio: a do esponsalício, e a da núpcia, realizada muito tempo depois da primeira. Nesta, a noiva, que durante a fase inicial (a da promessa) entregava ao noivo um dote, agora recebe deste um outro e muito mais importante: ao tornar-se esposa, nas núpcias, será senhora de uma parte do patrimônio, para dele fazer o que desejar e, no caso de morte do marido, uma parte dos bens do morto será distribuída entre os filhos (privilegiando o primogênito) e a outra ficará para a viúva. Resultado: os maridos temem continuamente o adultério (esposa usando o dote esponsalício com o amante) e o assassinato (a esposa cometendo homicídio para ficar com o restante dos bens). Assim, o controle eclesiástico do matrimônio favorece à nobreza e à realeza, facilitando sua implantação." (op.cit. p.95.)*

Após ter conseguido neutralizar as controvérsias que circundavam a questão do casamento, a Igreja voltou-se para a figura da mulher que se tornou o centro de uma série de sanções objetivando o controle de sua sexualidade.

A mulher, que segundo a doutrina do pecado original, ocupava, aos olhos da Igreja Cristã, o lugar do malefício, poderia suscitar desejos pecaminosos nos homens e, portanto, era de bom tom que se vestisse de forma a cobrir todo o corpo, não podendo falar determinadas palavras com determinadas pessoas. A desobediência a estas normas de controle da expressão da sexualidade feminina era considerada como sendo um ato demoníaco e de bruxaria, passível de punição e muitas vezes de condenação à morte.

Nesta perspectiva, a mulher passou a assumir, no casamento, a função de procriadora, mãe, santa, purificada de pecados pela maternidade, que jamais poderia sentir o prazer sexual. Tal concepção era reforçada pela visão aristotélica, segundo a qual a mulher contribuía para a procriação com o sangue menstrual, sendo desta forma, insignificante a presença ou não do orgasmo para procriação.

Sob esta condição repressora, a sexualidade feminina e a mulher passaram a representar um determinado papel no casamento. Ambas simbolizavam a passividade e a obediência perante os desejos do marido. O amor ao esposo e aos filhos tornou-se, assim, a

plenitude da sexualidade feminina, abençoada e legitimada pelas normas e regras da Igreja Cristã.

" Com relação às mulheres, podemos observar dois aspectos. O dever conjugal (transformado em dívida-debitum- isto é, num termo do vocabulário jurídico e não mais religioso) não significa que a igualdade, afirmada por São Paulo, fosse igualdade na relação sexual: a mulher, como o homem, possuía um papel sexual (e o conservou até hoje, com raras exceções) e esse papel era o passivo. Em segundo lugar, um dos resultados curiosos do controle ou da repressão foi a exigência de que as mulheres da nobreza e da realeza fossem alfabetizadas. Reconhecimento de uma indulgência feminina? Reconhecimento dos direitos femininos de participação cultural? De modo algum. As mulheres, iletradas, possuíam uma cultura própria ou uma "cultura feminina". Ora, eram elas encarregadas da educação dos filhos (o menino, na puberdade, seria educado pelo pai, mas as meninas continuavam a cargo das mulheres). Tornava-se essencial que transmitissem aos filhos não suas próprias idéias, mas as do universo masculino letrado que, por ser letrado, era eclesiástico. Assim, a leitura continuava a obra do confessor e apagava, pouco a pouco, o risco de uma hegemonia feminina, através da educação." (op.cit. p.99)



Portanto, seguindo a reflexão de Chauí, a edificação de novos modelos e critérios criados pelos clérigos para uma participação mais ativa da mulher no sistema cultural da época, paradoxalmente, a colocava em um espaço ainda mais estreito, à medida que essa nova representação restringia-se à legitimação de um discurso masculino que inviabilizava e neutralizava o surgimento de uma representação cultural feminina diferenciada, quer no plano individual, quer no social.

Até os dias de hoje, as mudanças se sucederam e as modificações sofridas nos sistemas sócio-econômicos foram responsáveis, ativamente, pelas reformulações impostas ao matrimônio e, conseqüentemente, à estrutura familiar.

Como exemplo dessas mudanças que marcaram a evolução de nossa sociedade, cita-se o processo de industrialização vivenciado pelas famílias, até então dirigidas pelo poder senhorial.

O processo científico da produção industrial, foi historicamente considerado por sociólogos, como um marco para o desencadeamento das modificações de representação da família para o indivíduo.

A partir da revolução industrial, que colaborou para o surgimento do capitalismo como forma de gerar e gestar capital social, a família deixou de ser o núcleo, ou fonte de produção, que

passou a ser gerada pelas atividades da família social (a coletividade) como administradora e controladora de toda forma de sobrevivência dos indivíduos.

Este macroprocesso de modernização social foi marcado pela inserção da medicina higienista e suas propostas de avaliação das condutas afetivo-familiares, em cuja visão a forma de educação dos filhos, bem como das relações conjugais, tornou-se foco de interesse, em prol de uma sociedade moderna e saudável, sendo este procedimento coletivizado em toda a Europa.

Tal processo de modernização social foi posteriormente expandido para as famílias brasileiras, a partir da chegada da realeza nas terras dos então "tupis", dando início à modificação de costumes, hábitos e normas sociais. A nova concepção de saúde deslocou para o saber médico o poder de determinar conceitos e valores de conduta moral, até então definidos pela religião.

Não queremos dizer com isso que a religião tenha perdido seu potencial de referendar noções e regras para a normatização de comportamentos sociais, porém ressaltamos que o surgimento de outras formas de discursos passaram a coexistir com a doutrina organizada da igreja, influenciando da mesma maneira na edificação de valores morais representativos em termos sociais e sexuais. Podemos citar, como exemplo desses discursos, a medicina higienista. (Parker, 1991. p.119)

A mudança no panorama político e econômico do Brasil durante os finais do século XVIII e o início do século XIX trouxe consigo transformações sociais significativas. Neste sentido, a descomedida busca pelos centros urbanos produzida pelo processo de desenvolvimento capitalista, decorrente do fenômeno de industrialização, e a subsequente preocupação com a produtividade e reprodutividade de mão-de-obra trabalhadora, tornaram-se o eixo central do discurso médico, cujas preocupações ultrapassaram o âmbito individual, dirigindo seus cuidados prioritariamente para a natureza, saúde e reprodução do povo brasileiro. (op.cit. p. 122)

A ênfase dada à questão da prevenção das doenças sociais - introduzida pela influência da medicina européia (trazida pela chegada da corte portuguesa), em detrimento de uma medicina voltada para a cura de doenças específicas que, na maioria das vezes, ocasionavam a morte, respaldou a importância dos pressupostos que demarcavam a necessidade de uma higienização dos costumes na sociedade brasileira, fazendo com que o dispositivo médico higienista passasse a desempenhar um papel relevante na normatização e classificação das condutas sociais e sexuais de cada indivíduo.

Sobre este processo de modificação na concepção de novos valores e conseqüentemente de comportamentos no plano das sociedades européias, e posteriormente no Brasil, podemos citar a obra de Jurandir Freire Costa - Ordem Médica e Norma familiar

(1989), onde o autor faz uma retrospectiva desse movimento histórico-social, e conseqüente análise das modificações ocorridas no campo da expressão da sexualidade familiar e individual, principalmente nas expectativas de comportamento sexual e nas diferenças das relações de gênero.

Com a associação, elaborada pelos higienistas do século XIX, entre saúde e prosperidade da família e sua rendição ao Estado, desenvolveram-se novos conceitos direcionados para a moral da vida e do corpo, dando origem a classificação de condutas antinaturais e anormais que protegiam o Estado.

Dentro desta nova contextualização da família - sob o controle da medicina higienista e subseqüentemente do Estado -, foram redefinidos sentimentos e condutas existentes na época colonial. Por exemplo, a ética religiosa que servira, anteriormente, como único parâmetro para a adoção e compreensão de valores, por parte da família, perdeu sua hegemonia para dispositivo médico-estatal.

Neste sentido, alguns conceitos utilizados no exercício religioso foram adaptados aos objetivos higiênicos e, inevitavelmente, o emprego dessa estratégia facilitou a sua inserção e a posterior confiabilidade no binômio Medicina-Estado, diante dos rígidos contornos que impermeabilizavam a estrutura familiar colonial.

De acordo com a redefinição higiênica, o amor deixaria de ser um sentimento deificado e idealizado, para figurar no campo das vívidas experiências humanas.

Com a aceitação, por parte da família, da intervenção higienista, outras peculiaridades da estrutura emocional familiar foram modificadas.

Neste sentido, novas idéias e normas para educação dos filhos foram inseridas no contexto familiar. Assim, a higiene edificou formas originais e eficazes de intervenção na intimidade familiar, submetendo-a às "necessárias correções", que na verdade sedimentaram o despotismo médico e, subseqüentemente, consolidaram o sentimento de "amor à pátria".

Como conseqüência dos novos indicadores que expressavam a eficiência do "desempenho familiar", a adolescência adquiriu extrema importância no que concerne à solidificação das expectativas nacionalistas, e a heterossexualidade do adolescente - garantia para a reprodução - deveria ser assegurada, tornando-se a "via real de acesso ao patriotismo".

Concomitantemente, a função materna sofreu uma recodificação, com a finalidade de respaldar, através da devoção e do amor, a transposição da infância para a adolescência e a tranquila vivência neste período.

Neste sentido, surge uma nova forma de pensar a representação social da mulher - em suas características físicas, emocionais, sexuais e sociais -, sua participação no matrimônio e na família. Em conseqüência, supostamente alterou-se toda a estrutura de poder exercida pelo "pai colonial", dando surgimento tanto a uma troca mais contundente entre o "espaço doméstico" e o meio social, como também a uma maior permissividade afetiva entre os membros da família.

A representação feminina - originada da urbanização e das repercussões da Revolução Industrial européia no Brasil - passou a ser expressa pela maior exposição da mulher às ruas e aos costumes sociais:

*"Com o advento da higienização a situação modificou-se: a família não só podia, como devia expor-se ao mundo. Mas sob a mira do controle do médico, que era flexível, versátil, distribuidor de responsabilidades e não apenas monopolizador de proibições. Antes, mulheres e crianças partilhavam o mesmo estatuto de irresponsabilidade. O homem, o pai, concentrava o poder de discernir o certo e o errado, o bom e o mau. Agora, as discriminações começavam a existir. Cada indivíduo deveria apresentar responsabilidades proporcionais ao sexo e a idade. As proibições genéricas foram perdendo sentido. O que era*

*impedido a um, não o era necessariamente a outro. A avaliação do proibido e do permitido aumentou em complexidade e sutileza. (op.cit. p.138).*

A premissa básica que acompanhava a escolha para um futuro matrimônio centrava-se no intercâmbio de riquezas. O amor e a atração física não eram levados em consideração, à medida que não seriam relevantes para a concepção de conjugalidade no período colonial.

O casamento higienizado delineou-se com o objetivo de garantir a reprodução. Contudo, com o compromisso de empreender e manter, eficientemente, a educação da prole, que seria o bem maior que a família forneceria ao Estado (através da conservação da raça e da ratificação do poder e controle estatais).

Neste sentido, alguns valores que não possuíam importância nas uniões conjugais no período colonial passaram a ser enfatizados na nova composição estrutural do matrimônio.

Com a necessidade de se produzir uma prole compatível com os ideais nacionalistas, a questão da disparidade etária do homem em relação à mulher foi intensamente combatida. Os moldes de casamento propagados pela higiene não admitiam que homens velhos, com seus órgãos genitais "enfraquecidos", pudessem se casar, pois não se teria uma reprodutividade sadia. Algumas sanções eram dirigidas,

também, aos libertinos, já que existia o perigo das doenças sexuais serem transmitidas pelos homens às suas esposas e, conseqüentemente, aos filhos. Por outro lado, a mulher muito jovem, organicamente imatura para a procriação, não estaria preparada para o encargo de reproduzir.

O destaque dado à "presteza do corpo" para a reprodução fez com que a busca para o matrimônio fosse, de uma certa forma, mais aprimorada. Logo, a saúde dos noivos era algo extremamente observado na seleção dos pretendentes.

A sexualidade conjugal foi contemplada com algumas modificações significativas que determinaram, conceitualmente, o que seria a harmonia conjugal.

Mais uma vez o monopólio religioso fora redimensionado pelo imperativo da medicina higienista. Segundo a religiosidade da época, a sexualidade não poderia ter atributos diferenciados da procriação. Logo, todo ato sexual que fosse unicamente ligado ao prazer era duramente recriminado e punido.

Dentro do contexto da medicina, o caráter reprodutivo possuía igual valorização, porém com conotações e implicações distintas. Com o objetivo de priorizar o aspecto afetivo nas relações familiares, a higiene - diferentemente da Igreja - incentivou os casais a enfatizarem a sua sexualidade, que passou a ser



considerada como eixo central na coesão do casal:

*"A higiene retomou a problemática sexual religiosa em outro estilo e com novos fins. Continuou a reprimir o prazer gratuito e irresponsável. Passou, porém, a exaltar a sexualidade conjugal, assimilando-lhe um papel nevrálgico na coesão do casal e na concretude do casamento modelo. O sexo, dentro da legalidade do matrimônio, tornou-se objetivo da regulação médica, não por seus excessos mas por suas deficiências." (op.cit. p.227).*

Lançando mão do novo conceito de amor - despido das definições religiosas - a higiene tornou-o associado à sexualidade, que destituída do "colorido romântico", não possuía serventia e nem legitimidade.

As conseqüências dessa estratégia serviram, em primeiro lugar, para que as escolhas conjugais fossem baseadas na romanticidade dos afetos; esta consolidação seria responsável pela proteção contra a dissolução do casamento.

Em outra perspectiva, essa tática higiênica, sutilmente, reforçou a diferenciação de papéis sociais para homens e mulheres, tal como existia na época colonial. Porém, utilizando mecanismos

convincentes dirigidos para o bem-estar coletivo, paradoxalmente, mediava os conflitos advindos desses critérios discriminatórios.

Nessa nova demarcação de papéis, a mulher foi definida como um ser fisicamente frágil, se comparada com a anatomia masculina. Neste sentido, sua fragilidade determinou-a como representante da delicadeza e da fraqueza moral, o que de certa forma reeditava a visão patriarcal relacionada à diferenciação dos papéis desempenhados por homens e mulheres.

Essas características forjadas pela higiene, e que respaldavam valores morais coloniais, designavam à mulher aspectos ligados tanto à intelectualidade quanto à vaidade, ao capricho e à submissão. Faziam parte da essência feminina, o dom da solicitude para o amor e a compreensão do marido.

Já para a figura masculina foi reservado o lugar de representante da virilidade, do vigor físico e intelectual, da racionalidade e da prepotência, que deveriam ser aceitos por suas esposas em nome do amor conjugal.

Através da vinculação da masculinidade à paternidade, foram destituídos de seu poder os conceitos religiosos e a "dinastia" do Patriarca Colonial. Por outro lado, os preceitos discriminatórios da higiene estigmatizaram os libertinos - que se esvaíam em prazeres venéreos, desprezando os privilégios encontrados na

harmonia conjugal -, os celibatários - que poluíam, quando mais velhos, as esposas e os filhos com os resquícios de sua moral dissoluta e suas conseqüências, como a sífilis, por exemplo - e os homossexuais - que considerados anormais, serviam para ratificar a necessidade de um melhor controle sobre a educação infantil.

Ademais, o aval da medicina higienista para certos comportamentos sociais do homem deu surgimento ao conceito de "machismo", que paradoxalmente servia como ideal a ser atingido por todo homem higienizado, mantendo-o, porém, sob controle político através do delineamento de sua conduta sexual e social.

A associação entre feminilidade e maternidade, apesar de conferir à mulher uma participação na regência doméstica - através de sua importância na educação dos filhos - encerrou-a neste espaço, vinculando-a somente ao papel de esposa-mãe.

Estas ocorrências no campo da expressão da sexualidade feminina foram marcadamente descritas por romancistas, que, de forma enfática descreveram na literatura, observações sobre as vivências socioculturais, da época, revelando as formas pelas quais as mulheres, em especial as do século XIX/XX, passaram a expor sua sensualidade e sexualidade frente ao poder viril masculino, tão enfatizado pelos costumes até então.

Assim, no final do século XIX e início do século XX, encontramos na produção literária romancista, segundo a autora Ana Maria Bandeira de Mello Magali (1992), um campo para análise das representações da situação sociocultural feminina da época.

As normas estabelecidas pela sociedade, colocavam a mulher em uma condição de fragilidade e submissão frente ao poder e à virilidade masculina, aspectos estes valorizados pela medicina higienista.

Na análise literária dessa época, percebe-se, nas narrativas sobre a figura da mulher e, mais enfaticamente, a mulher da cidade do Rio de Janeiro - principal centro urbano da época -, que a ela, destinava-se apenas o espaço limitado da casa, sendo suas ações e importância restritas às suas funções domésticas.

Esta forma de resposta social, e os comportamentos dela decorrentes, eram mais proeminentemente observados e preservados, nas classes sociais média e dominante da sociedade carioca, que valorizavam esses atributos, compreendidos como dotes caseiros.

As diretrizes e ações da medicina higienista enfatizaram principalmente as relações familiares, destacando o papel e atribuições da mulher no espaço específico da casa e suas repercussões no âmbito social.

Neste sentido, a imagem da mulher, adaptada às normas sociais, era a de uma criatura frágil, submissa ao poder e virilidade masculina, à qual era delegado o espaço doméstico para exercer suas funções de esposa, mãe e dona de casa. Cumpria-se desta forma a ordem higienista de comportamento e estrutura familiar, onde o homem era o representante da superioridade social e o provedor da subsistência familiar; à mulher, destinavam-se as atribuições do cuidado da casa, educação dos filhos e respeito ao marido.

Nos primórdios do século XX, o trabalho feminino fora de casa ou do âmbito familiar era considerado, pelas mulheres, como uma atividade vergonhosa. Essa imagem era descrita em romances onde as "infelizes personagens" que se encontravam nesta situação podiam chegar ao adoecimento físico, assumindo um aspecto doentio e de falência dos desejos e anseios normalmente vividos pelas mulheres da época: ou seja, chegar ao convívio de uma sociedade elitista através do matrimônio.

O casamento era visto como uma carreira; a única possibilidade da mulher adquirir uma representação social legítima. As mulheres solteiras, viúvas ou separadas do marido - eram descritas como histéricas e desajustadas dentro dos padrões higienistas e normas sociais da época. (Magali, 1992. p.66)

Na verdade, o discurso da medicina higienista, não acarretava grandes modificações para os valores morais originários da época colonial. Apesar da forma cientificista de definir condutas normatizadas para o bem estar da população, tal discurso ratificou a secular diferenciação de critérios representativos para o desempenho da masculinidade e da feminilidade na cultura brasileira.

Esses critérios, traduzidos para uma linguagem apoiada por um saber legitimado, firmaram-se como uma das principais características das relações entre os gêneros que, substancialmente erigidas no período patriarcal, perduram até os dias de hoje, podendo ser observadas nas ligações conjugais baseadas em modelos tradicionais.

A partir das reflexões propostas neste capítulo, podemos avaliar a importância desse tema nas discussões que visam pensar a chegada da AIDS nas relações estáveis. Principalmente no que diz respeito à negociação de práticas sexuais mais seguras, que envolvam ou não penetração e o uso de preservativo.

Contudo, observa-se que mesmo considerando a ocorrência de uma suposta abertura nos rígidos contornos relativos à sexualidade feminina, ainda nos deparamos com conceitos e concepções bastante pregnantes - advindos desses paradigmas sociais relacionados às relações de gênero - que determinam a forma pela qual as mulheres

se posicionam diante de suas uniões e de seus parceiros.

Utilizaremos como ponto principal desta reflexão, associada à questão da epidemia de AIDS, alguns trechos dos depoimentos colhidos na pesquisa de campo de mulheres que, mesmo tendo informações básicas sobre as vias de transmissão do HIV, e mesmo sabendo que seus companheiros frequentemente, se expunham a situações de risco para esse tipo de infecção, não tiveram condições emocionais e nem respaldo social para questioná-los sobre questões de segurança e saúde:

*(S) - Sabe, ter AIDS é somente mais uma coisa na minha vida, nesse meu inferno de vida; já me aconteceu coisas piores na minha vida, pelo menos com a AIDS eu vou morrer logo. Olha só, eu já peguei um monte de doença venérea do meu marido.*

*Às vezes eu tinha algum corrimento, ia à médica para melhorar, ela mandava ele tomar algum remédio junto comigo, ele não queria tomar, e às vezes eu ficava ruim à bessa.*

*Uma vez ele teve gonorréia e me disse que não era nada, eu sabia que era alguma coisa, porque saía um pus do pau dele, mas mesmo assim, ele queria que eu trepasse com ele de qualquer maneira. Ele dizia que eu tinha que dar para ele, porque eu morava debaixo*

*do teto dele, me sustentava, e por isso então eu tinha que fazer tudo que ele queria. Se eu não trepasse ele me enfiava a porrada. São essas coisas, doutora, que esses trabalhos que vocês fazem não adianta de nada, porque não mudam a situação. (Socorro, 35 anos, do lar. HIV positiva.)<sup>6</sup>*

É importante notar que a fala citada aponta para uma dificuldade muito comum, observadas durante a pesquisa de campo, presente na realidade dessas relações. A compreensão para tais dificuldades, pode residir no reforço social oferecido aos aspectos submissos e conformistas no exercício da sexualidade feminina, em detrimento das características dominantes e viris - herdadas do machismo gerado durante o período colonial -, que impossibilita a existência de um espaço onde os sentimentos e as necessidades da mulher possam ser pensados, ao contrário dos desejos masculinos que objetivam sempre sua realização.

No caso acima descrito, a imposição dos aspectos culturais da formação das identidades masculina e feminina representada pelo ato sexual, aparece como um fator que mesmo após um século, aproximadamente, ainda incide fortemente no que se compreende como sendo as responsabilidades no casamento em termos de parceria e sexualidade.

---

<sup>6</sup> - Todos os nomes utilizados nos depoimentos são fictícios.



Essa influência cultural determinante de posturas e comportamentos nas relações de gêneros - não somente nas relações sexuais, mas também nas relações sociais - pode tornar-se um fator que impossibilita um campo favorável para discussões sobre alguns pontos importantes no contexto da conjugalidade. Os espaços de confiabilidade, por exemplo, às vezes constituem questões extremamente importantes no cotidiano do casal. Porém, a crença social de que ao homem se permite um espaço privado para suas experiências, maior do que o da mulher, leva-a ao silêncio quanto a suas dúvidas e certezas:

(K) - *Você sabia que o seu companheiro é usuário de droga na veia?*

(J) - *Sim, eu sabia.*

(K) - *Você sabia que compartilhar seringa no uso de drogas pode transmitir o HIV?*

(J) - *Sim.*

(K) - *Sabendo disso, por que você não pediu que ele usasse camisinha com você?*

(J) - *Bom, ele não sabia que eu sabia que ele fazia isso, pois podia dar confusão. Ele dizia que só cheirava. E também é o seguinte, nós nunca usamos camisinha nesse tempo todo de casado. Ia ficar esquisito.*

(K) - *O que ficaria esquisito?*

(J) - *Ele não sabia que eu já sabia disso, e isso poderia*

*ser um outro problema; o de estar me envolvendo com coisas dele. Só agora é que conversamos sobre isso, eu não ia contar nada, mas não aguentei, chamei ele e contei que sabia de tudo. Eu sei que quem tem esse vírus na verdade vai morrer mesmo. Por isso eu não quero saber o resultado desse exame. (Janete, 32 anos. Auxiliar de produção. Soro-interrogativa. Há 7 anos vive com seu companheiro)*

Por esse depoimento, podemos notar quanto se torna presente a idéia de que numa relação conjugal - dentro dos padrões tradicionais brasileiros -, a posição de subjugo da mulher frente à virilidade sexual e social masculina torna-se um fator de profundo comprometimento afetivo, a ponto de haver um "esquecer-se" da condição de saúde física.

A entrevistada, apesar de saber da soropositividade de seu marido, e também das condições de possibilidade das vias de transmissão do HIV (no caso, uso de droga endovenosa e prática sexual) não encontrou espaço, em sua relação, para a discussão de seus receios com seu companheiro. Discussão, que possibilitaria, quem sabe, até preservar sua própria saúde física. Logo, a existência dessas dificuldades são verdadeiros desafios ao combate à epidemia do HIV/AIDS, ao se pensar nas relações heterossexuais estáveis, respaldadas nas concepções tradicionais de conjugalidade.

As expectativas relacionadas ao modelo de ser mulher, associadas ao estereótipo da esposa compreensiva e conformada com a vida privada de seu companheiro - advindos dos valores da moralidade patriarcal e reforçadas pelo discurso da medicina higienista - são atributos ainda preponderantes nas relações conjugais contemporâneas. O que na verdade pode dificultar a abordagem que vise o trabalho de esclarecimento sobre medidas preventivas para o HIV:

- (C) - *Eu nunca perguntei ao Marcos nada sobre a vida dele. A gente na verdade sabe tudo, mas não se comenta nada, principalmente quando não se vive bem com a pessoa. Quando eu fui morar com ele, eu gostava muito dele sim, mas ele saía para a rua, voltava tarde, drogado, e a gente sempre acabava brigando.*
- (K) - *Mesmo sabendo disso, você nunca pensou em negociar o uso da camisinha?*
- (C) - *Eu na verdade, não queria mais um pé para briga, mesmo porque de qualquer forma ele não usaria. E eu nem tenho desculpas para pedir que ele usasse, porque tenho trompas ligadas desde 1987. Aí a gente teria que conversar mesmo, e é muito difícil, principalmente quando a pessoa se droga o tempo inteiro.*
- (K) - *Você nunca conversou com ele sobre de que forma ele*

*contraíu o vírus?*

*(C) - Na verdade preferi não perguntar. Ele tem um parente que é ginecologista no Hospital da Aeronáutica, que fez o teste dele e o meu. Ele me disse que se ele não tomou droga na veia, não andou com homem e nem tomou transfusão de sangue, ele só pode ter pego o vírus tendo relações anais com outras mulheres. E quando eu soube o meu resultado e estava negativa, ele me falou que se eu não tivesse tido nenhuma relação desse tipo com ele, eu poderia ficar tranqüila. Eu acho que também agora isso não interessa. Não adianta saber como foi que ele pegou. (Carmem, 40 anos. Pensionista. Nível superior. Soronegativa. Vive com seu companheiro há 16 anos).*

Temos aqui mais um exemplo das dificuldades que têm as mulheres de discutir com seus parceiros. Neste caso, revelou-se a necessidade de se ter uma "desculpa" uma "camuflagem", para que a mulher pensasse em negociar o uso da camisinha, pois não se sentiu no direito de tentar proteger-se contra possíveis contágios de doenças sexualmente transmissíveis.

Assim, de acordo com os pressupostos direcionados para a representação social da mulher e a observação dos depoimentos apresentados, o silêncio feminino frente a expressão de sua

sexualidade, é algo que antecede à própria relação com o parceiro, sendo então, o fato da mulher estar exposta a determinantes sociais rígidos, historicamente edificados que circunscribe a formação sua identidade sexual, a razão que a faz calar-se diante de situações que requerem uma postura mais autônoma em relação a sua vida afetiva e pessoal.

Neste sentido, um outro dado importante observado na experiência do contato com mulheres cujos parceiros eram portadores do HIV/AIDS foram as circunstâncias em que elas tiveram ciência desses diagnósticos.

Na maioria dos depoimentos colhidos na pesquisa de campo, essas mulheres tomaram conhecimento da situação clínica de seus maridos através dos médicos responsáveis pelo tratamento dos mesmos, que devido ao perigo da transmissão sexual, as chamavam pela necessidade de saber sobre sua própria condição sorológica, devido a importância do diagnóstico precoce e ao risco de constantes trocas virais entre os parceiros:

*(K) - Como recebeu o diagnóstico de soropositividade de seu marido?*

*(V) - Eu soube do diagnóstico de meu marido através do médico, e fiquei muito chocada, pois, além de constatar com desespero minhas suspeitas, soube*

também que ele já sabia o que tinha, há muito tempo. ele me enganou, uma semana antes ele estava queimando em febre, já tinha feito alguns exames, já sabia o que ele tinha e quis ter relação sexual comigo sem preservativo. (Vera, 46 anos. Advogada. HIV positiva).

- (K) - Como você recebeu a notícia de que seu marido tem AIDS?
- (D) - Meu marido não me disse que estava com AIDS, ele me disse que estava com uma doença e que o médico pediu que eu viesse também para fazer o exame. O médico é que disse que era AIDS.
- (K) - O que o seu médico lhe disse sobre AIDS?
- (D) - Ele me disse pra eu me cuidar, mandar o meu marido usar camisinha. Eu nunca pensei sobre essa coisa, porque antes de eu conhecer esse meu companheiro já tinha tirado o útero e nunca foi preciso evitar filho. E acho também que meu marido não vai querer usar.
- (K) - Por que você acha que seu marido não vai querer usar camisinha? o médico deve ter explicado que vocês não podem ficar se recontaminando, trocando vírus um com o outro.
- (D) - Ele não gosta, nem quis saber de usar, mesmo depois

*que soube que estava com essa doença. (Dora, 46 anos. Faxineira. HIV positiva)*

*(K) - Como você ficou sabendo que seu marido tem AIDS?*

*(J) - Eu fiquei muito desconfiada de meu companheiro desde que soube que o marido da minha cunhada, irmã de meu marido, e o meu cunhado, irmão de meu marido estavam com AIDS. Eles são viciados em pico. A família de meu companheiro levou ele para fazer o exame e não me disseram nada, nem mesmo que o exame deu positivo. A minha cunhada é que com pena, veio me contar para eu não me contaminar continuando a ter relações sexuais com ele sem usar camisinha (Janete, 32 anos. Auxiliar de produção. Soro-interrogativa)*

Portanto, mediante esta configuração da realidade social e epidemiológica da mulher na evolução e expansão da infecção do HIV no universo feminino, podemos pensar que somado à escassez de informações básicas sobre as vias de transmissão e sua inicial associação com a homossexualidade masculina, o comprometimento de fatores socioculturais relacionados à construção da sexualidade feminina, acaba por tornar os procedimentos preventivos algo quase que negado pelas mulheres. Isto porque tomar consciência dessas medidas e ao mesmo tempo executá-las significa tomar consciência da

necessidade de mudanças radicais em sua postura de vida, tornando-se mais autônomas, inclusive, diante de seus relacionamentos afetivos.

A partir da observação dos depoimentos obtidos na investigação de campo e, tendo em vista a construção e conseqüente repressão do falar sobre a sexualidade feminina, surge um outro ponto relevante de discussão sobre este aspecto, ou seja, a passividade e tolerância da mulher em relação a infidelidade masculina que, de certa forma, passa a ser vivida quase como uma certeza esperada nas relações amorosas.

Para discutir essa questão, voltaremos nossa atenção para o período patriarcal, época em que os valores morais que mais caracterizaram a diferenciação das relações entre homens e mulheres foram histórica e socialmente construídos e introduzidos. Tal retrospectiva se faz necessária porque, de acordo com a investigação de campo, percebeu-se que tais valores ainda perduram, de forma significativa, nas relações conjugais que seguem os modelos tradicionais de casamento.



### 3.2) *SER FIEL: UMA CONDIÇÃO FEMININA*

Como vimos nos capítulos anteriores, a forma pela qual a epidemia da AIDS foi representada no senso comum das sociedades em geral e os paradigmas sociais que falam de uma intensa aura de tabus e repressões ligadas a sexualidade feminina tornam-se grandes desafios para a prevenção da AIDS nas comunidades como um todo.

Não obstante, a prática de trabalho ligada à questão da prevenção nos mostra que os aspectos culturais, que fortemente influenciam a maneira pela qual as experiências sexuais são vividas subjetivamente, podem ou não se constituir em barreiras intransponíveis para a conscientização de que a epidemia da AIDS se dissemina independentemente de valores, códigos e representações sociais.

Sabemos que, apesar da existência de um número significativo de pesquisas que objetivam a descoberta de uma forma eficaz de se prevenir a infecção pelo HIV, atualmente, é somente através da adoção de práticas sexuais mais seguras que se pode evitar a transmissão via sexual.

Para que esse tipo de cuidado esteja presente nas relações sexuais de cada indivíduo, é necessário se pensar em mudanças de atitudes e posturas pessoais em relação à questão: negociar algumas condições no relacionamento afetivo e sexual que, a princípio, não

eram consideradas relevantes nessas experiências, visto à parcialidade com que é tratada a infidelidade masculina e à rigidez com que é encarada a fidelidade feminina.

Essas negociações envolvem principalmente em termos de relacionamentos estáveis, uma série de dificuldades relacionadas a questões de confiabilidade. Assim, falar sobre práticas sexuais mais seguras, como por exemplo o uso do preservativo, entre parceiros que pressupostamente estejam envolvidos numa relação monogâmica tradicional, torna-se extremamente difícil. Pois, na maioria das vezes, o que é central nesse discurso é a necessidade de se falar sobre relações clandestinas que, segundo os atributos pertinentes à masculinidade, são de certa maneira inquestionáveis.

Porém, a partir dos depoimentos cedidos para essa pesquisa constatou-se que, apesar de ser a infidelidade masculina considerada como um fator legítimo no processo social de masculinização, e de ser vista pelas mulheres como sendo algo possivelmente presente em suas relações amorosas, elas não conseguem falar sobre a questão com seus companheiros e, quando têm conhecimento do adultério deles, vivem sentimentos de dor e sentem-se abatidas em sua auto-estima.

Na verdade, pouco sabemos desses sentimentos femininos, já que a visão estreita da sexualidade feminina em nossa sociedade não proporciona a criação de espaços onde aspectos específicos

pertinentes aos códigos sociais de representação da mulher possam ser discutidos. A carência desses espaços faz com que a vivência dos processos evolutivos na formação da identidade feminina e suas conseqüências fique encerrada em uma rede de estratégias de repressão, onde os sentimentos ligados às suas experiências enquanto mulheres não são problematizados.

A chegada da epidemia de AIDS ao segmento feminino de nossa sociedade e, por conseguinte, o aumento do número de crianças infectadas, fez com que questões bastante complexas passassem a compor a tônica principal nas discussões sobre medidas de prevenção.

O surgimento de casos de infecção pelo HIV, muitas vezes atingindo famílias inteiras em todas as partes do mundo, sugeria que a epidemia, considerada inicialmente, como específica de grupos cujos modos de vida os expunham a situações de maior risco, não era mais uma ameaça exclusiva a esses grupos. Isto devido à constatação da presença de um contingente diferenciado de pessoas, no dia-a-dia dos hospitais de referência, traduzindo a gravidade e a dramaticidade de uma realidade brutal sem precedentes.

Entretanto, se certos valores simbólicos ligados à construção da expressão das diferentes sexualidades na sociedade brasileira não forem considerados com eixo principal na elaboração de campanhas educativas e projetos específicos de prevenção, a

epidemia do HIV/AIDS encontrará, a cada dia, um campo sempre mais propício à sua disseminação.

Neste momento mundial, em que se necessita da implementação de medidas eficazes para o controle da epidemia de AIDS, é importante examinar mais cuidadosamente fatores sociais elementares, responsáveis pela forma como são vividas, subjetivamente, as experiências sexuais em nossa cultura. Considerando-se que as mesmas são proporcionadas para além das disposições naturais humanas, sendo decorrentes da junção de outras condições de aprendizado que envolvem processos sociais, culturais e históricos. (Parker, 1991, p.13)

Neste sentido, o trabalho literário do antropólogo Richard Parker, baseado em uma pesquisa etnográfica realizada no Brasil, pode servir como ponto principal para reflexão de algumas peculiaridades presentes na constituição da moralidade sexual de nossa sociedade. Também podemos lançar mão de seus estudos para compreender como tais valores influenciam a construção e interpretação das experiências sexuais do povo brasileiro, e as conseqüências dessa influência nas relações de gênero e seus sistemas hierárquicos.

Centralizando suas investigações na construção social e histórica da diversidade sexual na cultura brasileira, Parker nos chama a atenção para um complexo sistema de representações da mesma

existente em nossa sociedade; o que significa que questões como diferenças e diversidades sexuais, consideradas dentro de uma realidade maior, são extremamente importantes para o entendimento de características e expressões sexuais de nosso país.

Segundo Richard Parker, tanto a forma pela qual o povo brasileiro vivencia suas experiências sexuais, quanto a maneira de que se valem para o entendimento e a valoração dessas experiências encontram-se diretamente ligadas a todo um processo histórico, responsável pela estruturação de nossa sociedade. Processo este que teve início com a chegada dos primeiros colonizadores europeus, passando pelo período do patriarcalismo e que, de alguma forma, ainda continua a ser bastante pregnante para a compreensão das interrelações de gênero contemporâneas.

Em razão da evolução histórica da edificação da sociedade brasileira, as questões de gênero e o papel social dos mesmos tornaram-se aspectos preponderantes em nossa configuração cultural. Tal configuração está diretamente relacionada à expressão das representações simbólicas e comportamentais da sexualidade em homens e mulheres.

Segundo o autor de *"Corpos Prazeres e Paixões"* (Parker, 1991), a diferenciação anatômica dos sexos e suas representações simbólicas levaram, a partir de esquemas de valores culturais, à noção do que significa masculinidade e feminilidade na estrutura

das interrelações culturais e sociais brasileiras, sendo estes aspectos marcadamente percebidos através da análise de expressões e práticas sexuais de homens e mulheres em nosso país:

*"Situados no contexto de uma ordem social fundamentalmente patriarcal, os conceitos de macho e fêmea, de masculinidade e feminilidade forneceram as fundações sobre os quais o mundo de significados sexuais foi construído no Brasil. Tanto na compreensão de um passado patriarcal, como na linguagem informal da vida diária contemporânea, diferenças anatômicas percebidas foram gradualmente transformadas em noções de gênero culturalmente definidas no Brasil, como em todas as sociedades. Através de uma série de formas simbólicas que moldam o corpo humano e suas práticas, as distinções entre os dois tipos anatômicos completamente opostos foram transformadas em noções de masculinidade e feminilidade que codificam um sistema particular de valores culturais. Já que elaboradas culturalmente, essas noções tornaram-se a base de um complexo sistema de dominações simbólicas, estabelecendo relações hierárquicas não apenas entre homens e mulheres em geral, mas entre uma série mais ampla de tipos classificatórios que estrutura o panorama sexual tradicional na cultura brasileira e, ao fazê-lo, oferece aos brasileiros talvez a*

*mais importante perspectiva para a interpretação e avaliação do seu universo sexual."(Parker, 1991. p.14/15).*

Para chegar a tal construção teórica, o autor partiu, em suas investigações, dos primórdios da história do processo de colonização do Brasil, examinando, através de documentação referente ao primeiros relatos feitos ao rei de Portugal, como se deram os contatos iniciais entre os europeus, que se lançavam em aventuras nas terras tropicais recém-descobertas, e a população nativa - os indígenas.

Esta terra distante e selvagem maravilhava os estrangeiros europeus, vindos de sociedades rígidas em valores morais e religiosos. Esses valores das sociedades chamadas de civilizadas não encontravam ressonância nesse povo exótico que, por um lado, exibia em sua nudez uma combinação inédita entre inocência e beleza e, por outro lado, era representante de duas transgressões dos tabus mais fundamentais da cultura européia: as presumíveis práticas sexuais perversas e a ingestão de carne humana.

A sensualidade e os prazeres oferecidos pelas mulheres nativas seduziam o macho europeu que, embevecido pelas facilidades sexuais vindas dessas mulheres, via-se livre dos constrangimentos impostos pela moral da religiosidade repressora. Em nome da

necessidade de povoamento da terra recém-conquistada, a sexualidade do jovem explorador seguia, neste paraíso terrestre, o seu curso normal. (*op.cit.* P.39)

Por outro lado, examinando textos importantes dos primeiros escritores, onde eram analisadas as impressões mais fantásticas relacionadas aos costumes indígenas, Parker nos aponta para a contradição existente entre o "Paraíso Edênico", descrito por Caminha, e a percepção de um lado extremamente negativo ligado à transgressão de tabus e valores europeus, que desmontavam a imagem de inocência dos nativos da terra e os associavam às aberrações que mais perturbavam a consciência cristã européia.

Neste sentido, alguns costumes sexuais dos nativos da ambivalente terra descoberta se tornavam ameaçadores, mediante o horror sentido pelos colonizadores europeus. A conotação de pecado dada a esses costumes - poligamia, a inexistência de uma proibição para o incesto e também o canibalismo -, conferiam aos nativos uma imagem de seres grotescamente perversos:

*"De modo que a representação da vida brasileira, que começou a tomar forma nos textos desses primeiros escritores, já era bem ambígua. Combinava tanto as imagens mais positivas como as mais negativas disponíveis para a mente européia. Era ao mesmo tempo uma visão de paraíso e*



de inferno. Era uma visão centrada na questão da vida sexual, na sensualidade e no erotismo, não menos que no potencial óbvio da utilização econômica e da colonização. Fossem considerados inocentes como crianças ou selvagens perversos, os brasileiros nativos foram analisados e interpretados repetidamente em termos sexuais. Contra a exuberante natureza brasileira, interpretações tão conflitantes levantaram, aos olhos dos observadores europeus, tanto uma profunda sedução dos trópicos como o não menos forte sentimento de horror em face a selvageria. Esse contraditório sentimento de entusiasmo, fascinação e horror definiu a visão estrangeira do Brasil durante esses primeiros anos". (Parker, 1991. P.32/33).

Tão importante quanto o mito do selvagem transgressor, a questão da miscigenação é bastante pontuada na discussão teórica de Richard Parker. Com o maior conhecimento das terras brasileiras e das riquezas existentes, a necessidade de uma mão de obra mais bem preparada - tanto para a implantação de uma cultura agrícola quanto para a exploração do ouro - trouxe para o Brasil a figura do escravo negro.

Tão logo se deu a inserção da escravatura, originária de uma segura ordem patriarcal importante para o desenvolvimento

econômico do Brasil, a inicial simbolização dada à figura da mulher indígena como fonte de prazer e produtividade foi transposta para a negra africana e mulata.

Esta nova configuração social, construída em torno da figura do escravo, o representante de uma nova raça, introduz o terceiro elemento pertencente à trindade racial responsável pela formação do povo brasileiro: o indígena, o europeu e o negro.

A edificação social do período patriarcal traz consigo algumas questões que são, segundo Parker, de suma importância para a compreensão das relações de gênero em nossa cultura. Utilizando uma análise da obra de *Gilberto Freyre, Casa Grande e Senzala*, Parker identifica a maneira pela qual o dualismo sexual presente no modelo clássico da família patriarcal influenciou, fortemente, a organização e estruturação das interações sociais dos brasileiros contemporâneos.

Esse modelo clássico dualístico do patriarcalismo consistia na manutenção de dois núcleos familiares mantidos pela hegemonia da autoridade do patriarca: um núcleo legítimo, composto pelo senhor, sua mulher e filhos, que habitavam a Casa-Grande; e um outro, que era definido através dos vínculos diferenciados que tinham com o patriarca, ou seja, suas concubinas e amantes, seus filhos ilegítimos, escravos, etc. (*op. cit. p.56*)

A autoridade do patriarca era muitas vezes exercida através de uma concreta violência física. Deste fato resultava, inclusive simbolicamente, uma grande distância social entre o grande senhor e os demais vínculos existentes sob seu domínio.

Marcadamente percebidas como uma característica do patriarcalismo no Brasil, as diferenças anatômicas, em nível de potencialidades físicas, foram extremamente determinantes na classificação de papéis sociais e sexuais entre homens e mulheres. Logo, o que se entende, até os dias de hoje, como sendo atributos ligados a masculinidade e feminilidade, foram germinados nessa época, tão representativa para a estruturação de nossos valores morais:

*"O homem e a mulher e, por extensão, os próprios conceitos de masculinidade e feminilidade foram assim definidos, em termos de sua oposição fundamental, como uma espécie de tese e antítese. Com o poder investido inteiramente em suas mãos, o homem era caracterizado em termos de superioridade, força, virilidade, atividade, potencial para a violência e o legítimo uso da força. A mulher, em contraste, em termos de sua evidente inferioridade, como sendo em todos os sentidos o mais fraco dos dois sexos - bela e desejável, mas de qualquer modo sujeita à absoluta dominação do patriarca". (op.cit. p.58).*

Indo um pouco mais além, essa hegemonia do poder patriarcal era justificada socialmente pelas diferenças físicas exaltadas através do discurso masculino que serviu para legitimar a moral sexual dualística. Seguindo essa moral, o homem gozava de uma quase total liberdade sexual, em detrimento de um completo controle das atividades sexuais das mulheres. Extremamente severo para com a vigilância de mulheres e filhas, enclausuradas na vida doméstica, o patriarca possuía suas concubinas que também deveriam estar disponíveis para seus desejos.

Em decorrência dessa liberdade de expressão ligada à figura masculina, o patriarca era o elo entre o mundo público e social e o grupo familiar, onde mulher e filhas eram predestinadas ao mundo doméstico próprio da família:

*"Essa moralidade dualística permeava e efetivamente dividia todos os aspectos da vida cotidiana. Por um lado, ela mapeava com sucesso os domínios nitidamente opostos do macho e da fêmea, delineando os espaços contrastantes do homem e da mulher, atribuindo noções do comportamento adequado para um e para outro. As atividades do homem eram dirigidas para o mundo social mais amplo da economia, política e interações sociais, além do âmbito da família, enquanto os de sua mulher e filhas eram rigidamente*

*restringidos e limitavam-se ao mundo doméstico da própria família. Assim, enquanto a casa funcionava como fortaleza e prisão para mulher e filhas, o engenho e, cada vez mais, a cidade, a praça e a rua se tornavam o território dos homens, o domínio do patriarca. Seu mundo era de ação e se opunha radicalmente à relativamente ou melhor dizendo, mais guardada e limitada sociedade das suas mulheres. (op.cit. p.59)*

As relações entre masculinidade-poder e feminilidade-submissão, oriundas do somatório de questões ligadas ao plano sociocultural, histórico e subjetivo são, sem dúvida, segundo Parker, enfaticamente importantes para a estruturação das formas de expressão e comportamentos sexuais em nossa cultura.

Entretanto, muito mais do que a articulação de valores adquiridos no percurso histórico, formador de nossa cultura, e que foram incorporados aos papéis sociais de homens e mulheres, foram as diferenças constitucionais físicas e orgânicas que distinguem os sexos e, conseqüentemente, seus efeitos emocionais, que serviram para a construção de um dialeto específico brasileiro, determinante da postura que homens e mulheres adotam em suas diversas formas de interação social.

Segundo Parker, as questões de gênero, no Brasil, foram muito

mais influenciadas pela leitura popular das diferenças anatômicas entre homens e mulheres. Em nosso cotidiano, essas diferenças foram transformadas em representações sociais hierarquizadas nas relações de gênero, passando então, o pênis e a vagina a assumir valores culturais, e tornando-se, neste processo, muito mais do que somente partes do corpo humano que distinguem, biologicamente, o macho da fêmea.

Neste contexto social, o pênis assume valores ligados à aspectos simbólicos com a significação de força, arma e poder<sup>7</sup>. De forma oposta, dentro desses mesmos esquemas culturais, a vagina passa a ser designada por signos lingüísticos que sugerem um significado de desvalorização<sup>8</sup>, sendo muito freqüentemente descrita por uma linguagem popular pejorativa:

*"Essas conexões simbólicas são descritas como uma glosa óbvia dos processos naturais da mulher associados à*

---

<sup>7</sup> - As expressões utilizadas popularmente para se referir ao pênis são: pau, caralho, madeira, cacete, pica, mastro, vara, arma, faca, ferro, bicho e cobra. Expressões essas, que enfatizam o potencial ativo do órgão genital masculino. Assim como, o sêmem é diretamente associado a essência da masculinidade e a criação da vida.

<sup>8</sup> - Algumas das expressões populares referentes a vagina são: boceta, buceta, buraco, gruta, racha, chochota ou xoxota, greta, carne mijada, boca mijada, boca de baixo, perereca, aranha, baratinha.

Se compararmos essas expressões com as utilizadas para se designar o pênis - que possuem conotação de ataque - , perceberemos que a vagina e, por conseguinte a mulher, passam a ser o objeto passivo das investidas masculinas.

vagina.

Ligadas aos produtos excretados pelo corpo, a urina, ao fluxo sangüíneo menstrual, a vagina torna-se assim um ponto de foco para as noções de impureza na vida brasileira. Como acontece tantas vezes em outras culturas, ela representa a sujeira, a contaminação. E, por extensão, essas imagens negativas são associadas com as noções mais profundamente enraizadas sobre as mulheres e a feminilidade na cultura brasileira." (op.cit. p.68).

Portanto, segundo as investigações de Parker, é através da organização de uma linguagem eminentemente corporal - baseada nas conotações culturais da atividade do pênis, pois é ele que penetra, e da passividade da vagina, que é penetrada - que são erigidos, em nossa sociedade, os paradigmas sociais ligados a masculinidade e feminilidade e suas interações sociais e sexuais:

"A importância dessa distinção entre atividade e passividade é particularmente evidente na linguagem usada para descrever o próprio sexo - em expressões como comer, dar, entregar, foder, ficar por cima e abrir as pernas. Comer, por exemplo, usada na penetração na relação sexual, implica um ato de controle, de dominação. Assim como comer sugere um ato de controle ou dominação,

*dar* - seu sinônimo *entregar* - conota um processo de *submissão e subjugação*. Mais uma vez, as metáforas podem ser levadas para fora do domínio sexual: "*abrir as pernas*" descreve uma variedade de fracassos pessoais, e a expressão "*entregar o ouro para o bandido*" funciona tanto para indicar a perda de valores como para o desempenho sexual. Pela ação de "*dar*", o parceiro passivo se oferece para ser penetrado e possuído". (op.cit. p.71)

Assim essas expressões assumem um significado muito maior do que o sugerido por sua simbologia semântica e léxica, adquirindo outras significações no campo de linguagem popular cultural, e descrevendo, portanto, as formas como se dão as relações de poder associadas à sexualidade, no sentido de "masculinidade/comer" e "feminilidade/dar", ou atividade e passividade.

"A linguagem do corpo, através de sua descrição e interpretação do mundo natural, transforma a realidade biológica em significação social. Constrói-se um sistema de classificação sexual e estabelece-se uma hierarquia de valores entre as várias classes. Jogando com noções muito arraigadas de atividade e passividade, dominação e submissão, violência e inferioridade, essas estruturas partem em dois o universo sexual - opondo sem compromisso o



*mundo dos homens, penetrando e metaforicamente consumindo suas parceiras durante trocas sexuais, contra o mundo das mulheres, oferecendo-se passivamente para serem penetradas e possuídas". (op.cit. p.73)*

Além de se observar que a delimitação do mundo sexual de homens e mulheres, em nosso contexto social, é muito mais fortemente representada pela dicotomia existente entre as noções de atividade e passividade, decorrentes de atributos físicos e biológicos diferenciais entre machos e fêmeas, percebe-se que essa contextualização das práticas sexuais reforça a característica de dupla moralidade existente nas relações de gênero no Brasil, edificada na época do patriarcalismo e ainda preponderante nos dias atuais.

O famoso machão, figura cujo contexto simbólico originou-se no autoritarismo patriarcal, ainda continua sendo, na modernidade da época contemporânea, o ideal a ser atingido pelo menino. Essa configuração cultural ligada à masculinidade pode ser percebida através de características bastante claras, quando se observa a preocupação da instituição familiar em respaldar a associação de força, poder, violência, virilidade, potência e prontidão sexual à figura masculina.

Essa imagem de masculinidade considerada como o estereótipo positivo do homem brasileiro, e que é entendida a partir de sua oposição aos atributos de virtude e inocência ligados a sexualidade feminina, contrapõe-se de forma bastante contundente a outras figuras, que contrastam com a imagem do machão e do pai modelados pelos valores patriarcais.

Neste sentido, o reforço social direcionado para a figura do homem viril, esposo e pai torna-se o principal parâmetro para um sistema de classificação de outras categorias sexuais, consideradas como derivações negativas, e que são construídas em oposição à figura autoritária do machão brasileiro.

Como exemplos dessas derivações negativas relacionadas ao modo de ser homem em nossa cultura, podemos citar as figuras do "viado" ou "bicha" (homem que adota a posição de ser penetrado nas trocas sexuais com outros homens) e a do corno (homem impotente e incapaz de proteger e controlar sua mulher) (*op.cit.* p.75)

Em contrapartida a maneira pela qual a imagem positiva do ser homem é representada, socialmente, pela virilidade e pela prontidão sexual desde muito cedo, a imagem legítima da feminilidade vincula-se à inexperiência em relação ao sexo. Enquanto, para o homem, a iniciação nas práticas sexuais com mulheres e sua constância são valorizadas como sendo um sinal de crescimento e absorção dos papéis sociais ligados à masculinidade, é justamente a falta de

desenvoltura nos assuntos do sexo que marca a perfeita adequação da mulher aos critérios e normas sociais que estruturam a noção de feminilidade.

Considerada como uma responsabilidade da mulher, a conservação da virgindade, simbolizada pela presença física do hímem como sinônimo de inocência e pureza, é extremamente exigida e controlada pelo pai e todos os membros masculinos de uma família. A manutenção dessa castidade, além de ser o sinal da autoridade e dominação masculina sobre a sexualidade da mulher, torna-se a marca principal de toda a honra familiar.

Esse total desconhecimento da mulher em relação às práticas sexuais deve ser mantido até a cerimônia de casamento, quando a vigilância da sexualidade da mulher é transferida, do pai e irmãos, para o marido. Com a iniciação sexual da mulher pelo defloramento, as responsabilidades da família de origem para com ela são deslocadas para o novo núcleo, onde a manutenção da honra deverá ser assegurada pela total fidelidade ao esposo. (*op.cit. p.83*)

Segundo Parker, da mesma forma que são elaboradas derivações negativas em oposição ao modelo legitimado de como ser homem na cultura sexual brasileira, encontramos na construção da sexualidade feminina figuras que são classificadas em oposição ao modelo da moça virgem, esposa fiel e mãe devotada.

Neste contexto, Parker nos aponta para o caráter extremamente importante que a maneira de iniciação sexual da mulher adquire em nossa cultura, principalmente como classificador sexual e definidor do papel social que ela irá desempenhar.

Neste sentido, se o defloramento da mulher ocorre sem a legitimidade do casamento, essa iniciação é considerada como uma desonra e ligada à perda da oportunidade de se tornar a esposa fiel e a mãe exemplar, transformando-a na figura ambivalente da "puta" ou "piranha". Tal personagem, mesmo que confirme a virilidade masculina, torna-se uma verdadeira ameaça, à medida que desafia e faz desmoronar todo um sistema de controle sexual que deve ser inquestionável para as mulheres consideradas decentes.

Rigidamente condenada pelos valores sociais de nossa cultura, a infidelidade feminina é considerada como uma agressão moral violenta ao mundo masculino. O corno, ou seja, o homem incapaz de proteger e manter sob controle a sexualidade da esposa, ocupa um lugar marginalizado, passando a representar uma das imagens negativas do modelo exemplar do homem brasileiro.

Através da análise feita por Parker, percebe-se a importante influência do conceito de dupla moralidade, decorrente do patriarcalismo, nas relações de gênero. Este conceito, associado e reforçado pelas noções de atividade e passividade, retiradas da diferenciação anatômica existente entre machos e fêmeas, tornou-se

determinante na forma em que homens e mulheres vivem e significam suas experiências sexuais e desempenham seus papéis sociais na cultura brasileira.

Respalhada por valores sociais que dignificam a masculinidade através da virilidade e da prontidão sexual, a infidelidade do homem, em seus relacionamentos afetivos, situa-se num espaço, de certa forma, preservado. Apesar de a monogâmia ser um requisito fundamental para a formação do núcleo conjugal legítimo, no casamento baseado em modelos e valores tradicionais que reeditam a dupla moralidade sexual originada do patriarcalismo, o adultério masculino, apesar de não ser algo comumente revelado, é, de certa forma, tolerado pelas mulheres.

A modernização da vida sexual no Brasil, sem dúvida, trouxe algumas inovações às relações conjugais. O surgimento de um grande número de estudos e pesquisas sobre sexualidade, em diferentes setores das ciências humanas - baseados em discursos menos moralistas do que os utilizados pela Igreja e pela medicina higienista - porém contendo seu próprio sistema de valores morais - introduziu uma nova visão da questão do prazer e práticas sexuais. (*op.cit.* p.135)

Esses novos conceitos, elaborados por disciplinas como a psicologia, a sociologia e até mesmo a sexologia, popularizaram-se. E mediante sua inserção no senso comum da sociedade brasileira,

certos preceitos morais arcaicos em relação aos valores ligados à sexualidade sofreram um afrouxamento, proporcionando, assim, certos questionamentos aos padrões tradicionais das relações de gênero. (*Ibid.*)

Neste sentido, essas transformações foram responsáveis por uma significativa reestruturação dos parâmetros da organização familiar, em razão da decadência do autoritarismo patriarcal e da conseqüente mudança nos papéis sociais desempenhados pela mulher. (*Ibid.*)

Ganhando um novo espaço de discussão no âmbito social, a sexualidade feminina passou a ser compreendida a partir de contornos morais menos rígidos, à medida que a visão do exercício sexual voltado, também, para a finalidade prazerosa fez com que surgissem formas de contracepção, tornando a maternidade uma opção para mulher, segundo suas necessidades afetivas.

Ademais, essa nova maneira de se pensar o prazer sexual e a sexualidade propiciou uma tentativa de reformulação dos acordos conjugais. Certos valores presentes no modelo de casamento tradicional - caracterizado pela hierarquia masculina conservadora, pela dominação e manipulação do homem em relação à mulher e pela dupla moralidade sexual, onde a infidelidade masculina é tolerada - foram repensados a partir dessas modificações sociais, e o casamento moderno passou a ser significado por uma relação mais igualitária,

onde questões como companheirismo, maior vínculo amoroso, crescimento a dois, uma dinâmica de diálogo mais fluente e expectativa mútua de fidelidade adquiriram maior ênfase. (Goldenberg, 1991. p.101)

Entretanto, a epidemia da AIDS fornece a possibilidade de reflexão sobre o fato de que, apesar dos movimentos de vanguarda relacionados à expressão da sexualidade e sua representação quando inserida na conjugalidade, ainda são reeditados juízos de valor moral arcaicos, onde a questão da fidelidade continua a ser relativizada nas relações de gênero. E é com essa discussão que o diagnóstico de soroprevalência para o HIV, via transmissão sexual, vem nos confrontar.

Contudo, não se pode supor que a tolerância da mulher para com a infidelidade masculina seja um problema, exclusivamente, trazido pela epidemia da AIDS. A história nos fala dessa discussão em outros episódios que envolvem doenças sexualmente transmissíveis. Porém, o que confere uma dimensão mais dramática para a questão é que, de certa forma, rompe o silêncio dessa conformidade é a sua associação com a morte, à medida em que não há um medicamento que retire o HIV do organismo humano.

Portanto, utilizaremos os depoimentos colhidos na pesquisa de campo, para observar a importância dessa discussão na elaboração de medidas de prevenção da epidemia da AIDS. Fornecendo-se um espaço

para a exposição dessas vivências femininas, que traduzem sentimentos intensos ao saber sobre a infidelidade de seus companheiros a partir da infecção pelo HIV, poderemos contribuir para uma reflexão mais cuidadosa sobre a dificuldade dessas mulheres de abordarem essa questão, visto que nesta investigação os modelos de casamentos tradicionais são predominantes:

(K) - *Você já tinha conhecimento da epidemia de AIDS? Você já tinha informação sobre AIDS?*

(S) - *Já sim, mas é difícil você imaginar que vai chegar até sua casa, nós nunca havíamos conversado sobre isso, a gente casa jurando fidelidade e a mulher como, é fiel, vive a ilusão de que eles também são, e quando a gente descobre que não é, é como se a gente tivesse levado um tapa bem forte na cara. Quando ele me contou eu senti nojo, me deu vontade de vomitar, mas não foi nojo pelo HIV não, foi pela traição. Homem é tudo igual. A mulher nasce para ser fiel. A gente sempre pensa que vai mudar, mas é da natureza do homem. Essa é a realidade. Escondem a verdade e a gente fica sabendo numa situação como esta.*

(K) - *Você perguntou a ele como foi que ele pensa ter contraído o vírus da AIDS?*

(S) - *Quando ele chegou em casa, muito sério, me pediu para conversar, eu vi que era sério o negócio, ele me*



contou que foi fazer exame, porque ele havia transado com uma mulher que ele ficou sabendo que tinha ficado doente com AIDS, ele me contou que antes da gente casar ele transou com ela, e depois que a gente se casou ele transou uma vez com essa mulher. Eu não tenho medo do HIV, porque na verdade eu não tenho medo de morrer, o que eu não me conformo é que eu gosto muito dele, nunca traí ele, mesmo tendo oportunidades porque eu trabalho fora como vendedora, conheço muitos homens, de repente teu marido chega e diz que pode estar com uma doença que pode ter transmitido para a mulher e a filha porque andou com uma mulher que nem sabe se tem saúde ou não. Como é que a gente fica? não é para ficar triste e acabada? Eu gosto muito dele, não quero outro homem não. Não sei como fazer estou muito angustiada, me sentindo um nada. Uma coisa é você saber que para o homem não tem dessas coisas que a mulher tem, de ser fiel de ser amorosa. Outra coisa é você ver a realidade, que acontece com você também, que parece que não tem mais jeito. Tua mãe conta as histórias do teu pai e você quando casa parece que está vendo tudo de novo e ainda a gente tem que entender. (Sueli, 27 anos. Vendedora. Soro-interrogativa)

Como se pode observar, ainda são bastante pregnantes os modelos tradicionais de se pensar as relações entre os gêneros no matrimônio. No depoimento acima citado, percebe-se a dificuldade de se abordar a questão da fidelidade entre o casal que, de certa forma, é supostamente esperada em razão de ser um princípio relevante para a monogamia, pressuposto básico para o casamento ser reconhecido como legítimo.

Porém, a existência de uma dupla moral sexual na representação social das relações de gênero, herdada do patriarcalismo, e suas repercussões na conjugalidade, faz com que essa regra, considerada como essencial para o casamento, encontre um espaço possível de transgressão para o homem.

Este fato é culturalmente justificado pela necessária predisposição do homem em conservar a virilidade, a prontidão sexual e a variedade de parceiras como atributos essenciais à formação e a conservação de uma identidade masculina. Isto reforça a crença de que o homem pode ter uma multiplicidade de experiências sexuais, sem que para isso seja necessário um envolvimento afetivo significativo.

Essa tendência conservadora de perceber as diferentes organizações de papéis sexuais como sendo naturais nas relações entre esposo e esposa, de certa forma, dificulta a conscientização feminina em relação à grande incidência de casos de AIDS em

mulheres casadas. Pois, o fato de ser a infidelidade masculina considerada, no regime do casamento tradicional, como uma ocorrência que deve ser relevada, faz com que a mulher se cale diante de seus sentimentos em relação à questão.

Por outro lado, o conhecimento da infidelidade do companheiro, mesmo que inserida em acordos conjugais tradicionais, não deixa de suscitar na mulher sentimentos de desvalorização e de indignação perante a constatação desse fato omitido pelo marido, e que veio a se revelar em decorrência do diagnóstico de soropositividade para o HIV.

Segundo este depoimento, fornecido à pesquisa de campo, os sentimentos de desvalorização e de indignação são explicitados pelas sensações de nojo e de dor, que traduzem a agressão sofrida, em sua autoconfiança, pela traição do marido. A expectativa de que seu amor e sua fidelidade eram plenamente correspondidos mediante a exclusividade sexual foi, a partir da decepção sentida, transformada em reações que caracterizam o decréscimo de sua autoestima, ou seja, a conformação com a condição de que a mulher tem que entender e aceitar o comportamento do marido.

Além do mais, neste caso, o saber-se traída ganha uma maior dimensão, à medida que sua constatação se faz mediante o diagnóstico clínico de uma doença associada a juízos morais e à morte.

A desvalorização, a dor e o sofrimento decorrentes do conhecimento da infidelidade conjugal masculina tornaram-se a principal característica observada nos depoimentos colhidos na investigação de campo.

Exemplificados em situações diferenciadas, esses sentimentos, que muitas vezes não encontram espaço para sua expressão, devem ser relevados, dentro do universo feminino, como possíveis dificuldades para se abordar, no casamento respaldado em moldes conservadores, a negociação de práticas sexuais mais seguras. Pois, o fato de terem que se deparar com tais discussões, pode fazer com que as mulheres se resguardem deste confronto através da omissão de seus companheiros sobre a questão da infidelidade:

*(K) - O que foi que você sentiu quando soube que seu marido estava positivo para o vírus da AIDS?*

*(V) - Foi horrível, ele soube durante um período de um mês em que ele estava internado para fazer exames para fazer uma cirurgia de coração. Eu fiquei muito deprimida e decepcionada com tudo. Ele sempre foi um bom marido, um bom esposo, não deixava faltar nada em casa.*

*(K) - Antes de saber que o seu marido foi infectado pelo vírus da AIDS, você pensava em AIDS, sabia o que é AIDS? Você achava que podia contrair o vírus da*

AIDS?

- (V) - *Eu sabia que existia a AIDS, mais nunca tinha pensado nisso. É como eu disse, ele parecia um santinho. Desde que ele começou com esse problema do coração, a gente já não tinha muito sexo não, era uma vez ou outra. O "negócio não subia", como é que eu podia suspeitar que ele tinha mulher na rua? Ele nunca deixou eu perceber nada. Com essa história toda eu percebo que ele não queria era mais nada comigo, não tinha mais interesse em mim e saber dessas coisas é muito doído, a gente sofre muito. A gente até releva, se o marido está doente e não pode ter mais sexo com a gente. Engraçado é que quando acontece isso a gente se conforma e não sai pelo meio da rua procurando outro homem, mesmo a gente sentindo falta. Com eles não é assim, eles mentem e nem se importam com o bem-estar da gente, só pensam neles, e ele mentia para mim . Ele tinha que ter falado a verdade. Na hora que o médico me contou que ele estava com essa doença, eu pensei nisso tudo e eu me desesperei, pensei em mim, pensei que ainda tenho que acabar de criar os meus filhos, pensei nos 29 anos que tenho de casada com ele e que confiei nele. Fiquei magoada e com muita raiva dele, porque eu poderia estar doente também, mais depois eu fiquei com muita dó dele. Ele sempre foi bom pai, bom*

*esposo, e era carinhoso, só ficava agressivo quando bebia, mas isso não acontecia sempre, a maior parte do tempo era carinhoso, por isso eu nunca suspeitei de nada. Acho que eu tinha aquela ilusão dele não ter outra mulher, além do mais ele era doente do coração, agora vejo que ele mentia para mim, se ele não tivesse me traído não teria acontecido isso. (Vera, 46 anos. Do lar. Casada há 29 anos. Soronegativa).*

Mais uma vez o diagnóstico de soropositividade para o HIV traz à tona o problema da mulher ao se deparar com situações que alteram a imagem que tem de si em relação ao seu companheiro. No depoimento citado, como mais um exemplo dos possíveis conflitos que impedem a negociação de práticas sexuais seguras, fortes sentimentos de decepção, dor e rejeição marcam a descoberta da infidelidade do esposo.

De acordo com a linha de análise que estamos utilizando, pode-se perceber que os preceitos originados no período patriarcal são ainda, na atualidade, usados como referência para a compreensão dos papéis de esposo e esposa, desempenhados por homens e mulheres.

Neste sentido, pode-se ressaltar que a característica principal de um casamento bem sucedido, nesse período, consistia na capacidade do homem de prover a sua família, não deixando faltar à

sua mulher e filhos nada que comprometesse a manutenção de um lar exemplar. Este era o principal critério para a representação do homem como um bom esposo e um bom pai. Porém, o exercício de uma sexualidade prazerosa, reservada à legitimidade do matrimônio, ocorria nos limites externos à família, ou seja, nas relações clandestinas. Para a esposa, reservava-se a imagem de mulher ímpolita, conformando-se com o desempenho de uma sexualidade associada à reprodução, que seria para ela a total realização.

Porém, apesar de se observar no depoimento acima citado a corporificação atualizada dessas vivências conjugais, percebe-se que a comumente conhecida tolerância da mulher para com a infidelidade masculina é resultado da camuflagem de fortes sentimentos relacionados com sua auto-estima.

Portanto, como vimos neste depoimento, o conhecimento do vírus da AIDS no corpo de seu companheiro significou para a entrevistada entrar em contato com o sentimento de desinteresse sexual de seu marido para com ela, uma vez que, apesar de não conseguir ereção na prática sexual cotidiana do casal ele traz a notícia de ter sido infectado por um agente viral adquirido sexualmente. É mais uma vez observa-se que o confronto com situações que abalam diretamente esquemas de valorização feminina pode constituir uma séria dificuldade para a abordagem de práticas sexuais mais seguras em relações conjugais baseadas em regime tradicional.

Contudo, faz-se necessário considerar atentamente tais dificuldades para que se possam abrir espaços de discussão e reflexão visando a uma mudança de postura mais ampla das mulheres no que diz respeito à prevenção do HIV/AIDS. Entretanto, superar as regras presentes nos acordos conjugais conservadores torna-se um grande desafio:

(K) - Quanto tempo você tem de casada?

(M) - Vou fazer 28 anos de casada.

(K) - Vocês têm filhos?

(M) - Sim, um casal, mas já estão casados

(K) - O que foi o casamento para você?

(M) - A gente casou por amor, mas depois ele ficou muito farrista, arrumou muitas mulheres na rua, sofreu demais com ele, é porque eu sou, quero dizer, fui criada no interior, sempre fui daquelas mulheres que quando casam respeitam mesmo o marido, não tem esse negócio de ficar separando nem nada, mas minha vida foi de muita luta, muita luta mesmo, porque ele foi muito bagunçeiro, muito mulherengo.

(K) - E foi ele quem falou com você que estava HIV positivo?

(M) - Eu fui com ele junto a primeira vez para doar sangue. No dia de pegar o resultado, aí a moça não quis entregar porque a doutora queria falar com ele.



Aí ele chegou em casa nervoso dizendo que o resultado parecia não ter dado bom.

- (K) - Você falou que ele era muito mulherengo, e por exemplo, quando se começou a falar em AIDS, você não conversou com ele?
- (M) - Sempre conversava, mas ele não dava ouvidos à gente. A gente falava e ele dizia que era besteira. Naquela época ela bebia muito, aí não dava, mas eu sempre avisei a ele. Tanto que agora ele falou: pois é, se eu tivesse te ouvido, não precisava disso. Eu sempre disse a ele que ele ainda ia pegar uma doença que além de ficar contaminado ainda ia me contaminar. Foi dito e feito. Quer dizer que agora... eu sempre respeitei ele muito, nunca tive outro homem na rua, igual as outras mulheres têm, mas nunca tive coragem, quer dizer que agora...mas é a vida.
- (K) - Como você sabia que ele tinha muitas namoradas?
- (M) - Porque elas iam até à porta de casa buscar ele, sempre eu soube, ele tem filhos com outras. O meu filho de 23 anos, ele tem um filho, eu não conheço, mas eu sei que tem a mesma idade do meu filho. Quer dizer, eu estava grávida do meu fiho, e a outra também estava grávida. Meu filho faz anos no dia 19 de setembro e o outro dia 6 de setembro. Toda vida ele foi assim.
- (K) - E você não conversava sobre isso?

(M) - *Conversava, mas ele dizia que eu só queria briga dentro de casa. Em casa ele nunca gostou de conversar. Depois que ele começou a ficar doente, uma doença atrás da outra, foi que ele foi ficando mais calmo. (Mônica, 48 anos. profissão atendente. Soronegativa)*

A luz da exposição das experiências acima relatadas, percebemos que a epidemia do HIV/AIDS tornou-se um fenômeno social que potencializa uma rede de situações relevantes no cotidiano das relações matrimoniais.

Tida como pré-estabelecida nas relações conjugais tradicionais, a infidelidade masculina é abordada como um acontecimento tão natural que os sentimentos femininos passaram a ser vividos de forma solitária. E, a ausência da explicitação mais contundente desses sentimentos passou a ser encarada como uma espécie de conformação diante de uma situação considerada inevitável.

Entretanto, percebe-se que as vivências femininas em relação à infidelidade de seus companheiros são circundadas por fortes sentimentos de dor e rejeição. E a decisão de expor esses sentimentos e inquietações em seus casamentos é entendida como sendo uma fonte geradora de conflitos que abalam a harmonia de suas relações conjugais.

Com a compreensão de que seus sentimentos são, de certa maneira, pouco relevantes para a discussão de situações reservadas à intimidade masculina, mais uma vez o folclórico silêncio feminino é a resposta percebida como mais coerente em circunstâncias tão adversas. Porém, diante de tantas outras exigências sociais requeridas à mulher para a formação de sua identidade feminina, como apontamos anteriormente neste trabalho, a referida resposta do silêncio é permeada por uma significação peculiar, que demonstra a necessidade da criação de espaços específicos onde ele possa tornar-se objeto de reflexão.

A partir daí impõe-se a necessidade de uma conscientização coletiva a respeito dessas questões, dada a urgência da implementação de medidas de prevenção que resultem em um maior controle da epidemia do HIV/AIDS.

Tendo em vista a amplitude e diversidade de situações que caracterizam a infidelidade masculina, torna-se bastante relevante reservamos um espaço para uma outra vertente relacionada as práticas sexuais masculinas que foram, de certa forma, reveladas mediante a epidemia da AIDS. Neste contexto, pontuaremos a questão da bissexualidade masculina, sem querer com isso desenvolver uma análise muito profunda sobre o tema. Contudo, direcionaremos nossos comentários para as dificuldades originadas desta questão no que diz respeito à negociação de práticas sexuais mais seguras.

#### **IV) A BISSEXUALIDADE MASCULINA**

Como foi discutido anteriormente neste trabalho, observa-se que a urgência de medidas preventivas eficazes para o controle da epidemia do HIV/AIDS no Brasil demonstra a necessidade de um maior conhecimento das especificidades que caracterizam as expressões e práticas sexuais na sociedade brasileira.

Sobretudo, apontou-se que a construção desses processos é essencialmente influenciada pela interseção de fatores elementares vinculados a um aprendizado, e que envolvem, além das disposições naturais humanas, mecanismos de formação histórica, social e cultural.

Neste sentido, as etapas percorridas pela sociedade brasileira em seu processo de estruturação são fortemente responsáveis pela forma segundo a qual homens e mulheres brasileiros assimilam e modelam suas experiências sexuais, a partir da compreensão que possuem das oposições que definem os papéis de macho e fêmea; e, ainda, pela valoração que dispensam ao que é ser homem e ao que é ser mulher, e seus efeitos na edificação de conceitos elementares que constituem os atributos sociais conferidos à masculinidade e à feminilidade.

Além de fornecer elementos estruturais para o modelo relacional entre os gêneros, o período do patriarcalismo foi a

etapa histórica percorrida pelos brasileiros em que os valores morais mais importantes para a nossa sociedade foram demarcados e solidificados nos sistemas de intercâmbio sociais. A predominância de um padrão de dupla moralidade sexual nas relações entre homens e mulheres foi determinante na elaboração de critérios de demarcação entre os universos masculino e o feminino.

Esses critérios, fundamentalmente justificados por uma ideologia baseada na diferenciação anatômica entre os dois sexos, - em que o homem passou a configurar a imagem de superioridade física em detrimento da aparente constituição orgânica inferior da mulher -, foram sedimentados no cotidiano das interrelações sociais e sexuais, dando origem à caracterização de um forte esquema de dominação e submissão que perdura até os dias de hoje, servindo como parâmetro para uma série de outras classificações de categorias que configuram o panorama das práticas sexuais no Brasil.

Como foi ressaltado no item anterior, as investigações de Richard Parker apontam para a importância dessa primeira edificação de valores na elaboração de processos mais pragmáticos e marcantes na composição dos paradigmas sociais referentes a masculinidade e feminilidade na época contemporânea. Essa composição, retirada, também, das diferenças entre o pênis e a vagina e as representações simbólicas a eles associadas, retoma, de forma mais cotidiana, o esquema de distinção entre os gêneros, partindo do princípio, tão

bem conhecido através de outras significações, de uma superioridade física masculina e uma deficiente anatomia feminina.

Associados quase que absolutamente a noções de atividade e passividade, os genitais masculinos e femininos passam a representar um conjunto de valores sociais que, através de metáforas obtidas de uma linguagem eminentemente popular, designam a maneira pela qual homens e mulheres administram suas interações sociais e suas práticas sexuais.

Nestes termos, o pênis, por ser simbolizado por uma série de adjetivos ligados a virilidade, força, poder, potência e violência, adquire o caráter ativo, o que penetra, o que possui, sedimentando desta forma as concepções imprescindíveis à apreensão do ser masculino. Já a vagina é, simbolizada por uma gama de significados de inferioridade e imperfeição que relegam o ser feminino à posição de passividade em suas trocas sexuais, como anteriormente apontamos.

De acordo com os pressupostos teóricos de Parker, esse conjunto de representações sociais, além de servir como indicador para a elaboração de comportamentos normatizados pela cultura brasileira, fornece subsídios para o entendimento de como os papéis ativos e passivos são descritos em relação às interações sexuais:

"A linguagem do corpo na vida contemporânea brasileira desempenha assim um papel crucial na construção do gênero como um fato social, mais que estritamente como um fato biológico. É através da linguagem que o corpo não apenas é categorizado, mas descrito e interpretado - investido de múltiplos sentidos e analisado em termos de valores diferenciais. A compreensão mais profunda dos brasileiros a respeito de si próprios como homens e mulheres está intimamente ligada à linguagem através da qual a cultura brasileira lhes facultou pensar em si como seres provido de um corpo - e sobre seus corpos como objetos sexuais. Ainda assim, essa experiência e compreensão do corpo não são mais que o primeiro passo de um processo de elaboração cultural mais extenso - um processo no qual as possibilidades das relativamente limitadas da forma anatômica, classificadas e articuladas culturalmente, dão lugar a noções sempre mais matizadas de gênero como um sistema de categorias socialmente determinadas." (Parker, 1991. p.72/73)

Num contexto mais amplo de classificações sexuais, retiradas, segundo a visão de Parker, da oposição entre as noções de atividade e passividade, os parâmetros construídos para a elaboração das categorias de masculinidade e feminilidade tornam-se mais complexos.

Além do exercício legitimado da masculinidade e feminilidade, respaldado pelas figuras tradicionais do esposo e da esposa, do pai e da mãe, da articulação dos atributos diferenciadores de dominação e submissão e dos aspectos reprodutivos que compõem a expressão máxima da conjugação dos valores hierarquizados entre machos e fêmeas, a oposição entre as noções de atividade e passividade serve como ponto de classificação de atitudes e normas sociais de homens e mulheres em referência a seus pares em termos de gênero.

Neste sentido, mais restritamente falando sobre a figura masculina, as características de comportamentos associados a atividade e passividade são utilizadas para tecer aspectos diferenciais entre a versão machista do homem e a corporificação social feminina do mesmo, representada pela figura do "viado" ou da "bicha".

Situado em um espaço social contraditório, o "viado" (ou "bicha") a despeito de todas as conotações ligadas à feminilização embutida na designação referida a essa expressão, apesar de possuir anatomia masculina, desempenha socialmente papel passivo. A medida que é considerada como uma visão extraviada da masculinidade, a bicha, por se relacionar sexualmente com indivíduos do mesmo sexo e ser por eles penetrado, renuncia a todos os atributos de virilidade e potência concernentes às expectativas do ser homem em nossa cultura:



"A estrutura das relações de macho e fêmea no Brasil serviu também, dessa maneira, como modelo para interações do mesmo sexo. Uma distinção nítida entre parceiros culturalmente definidos como "ativos" e "passivos" no intercuro anal foi básica para o entendimento tradicional de relações sexuais entre homens. Enquanto o parceiro ativo nas relações do mesmo sexo dificilmente falaria publicamente sobre elas, por causa de condenação católica tanto de pederastia como de sodomia, ele é de qualquer forma capaz, devido a sua atividade sexual, de manter uma identidade essencialmente masculina. Por outro lado, o viado ou a bicha, o parceiro "passivo" nessas relações, é transformado, não apenas a seus próprios olhos, mas também aos olhos de seu parceiro ou parceiros aos de quaisquer outros indivíduos a sua volta que saibam de suas práticas sexuais. Ele é desvirilizado. Torna-se, através de sua atuação, uma fêmea simbólica."  
(Parker, 1991. P.78)

Portanto, como demonstra o autor, as noções de atividade e passividade compõem, dentro dos padrões de classificação sexual brasileiros, o mais forte determinante para a compreensão, tanto das expressões da sexualidade, quanto da forma pela qual são apreendidas as diferentes formas de práticas sexuais em nossa cultura.

Neste contexto, tendo em vista a descrição do universo sexual brasileiro feita por Parker, a oposição entre atividade e passividade tanto estrutura as relações sexuais e de poder entre homens e mulheres, quanto também delinea as mesmas interações entre homens. Mediante a adoção desses valores, é perfeitamente possível à um homem manter, além de suas relações com mulheres, práticas sexuais com outros machos biológicos, sem com isso sacrificar sua identidade masculina. (op.cit. p.79)

Além do mais, a nova conotação trazida ao conceito de prazer pelos movimentos de liberação sexual gerou alternativas importantes para a criação de uma ideologia do erótico (Parker,1991), segundo a qual as regras pertinentes ao comportamento sexual consideradas como proibidas podem ser transgredidas, se vividas em experiências privadas:

*"Implícita ou explicitamente, os sistemas de gênero e sexualidade articulam, muito claramente, um repertório de práticas sexuais, algumas definidas como aceitáveis, outras como proibidas. Porém falharam ao limitar com rigor esse repertório, porque a própria idéia de proibição implica a possibilidade de transgressão. Como definição do aceitável, a do proibido - e, por extensão, a das formas de transgressão - foi básica para as economias simbólicas tanto do gênero como da sexualidade no Brasil. Através das*

*imagens negativas da transgressão sexual, seja em figuras concretas, ou em conceitos abstratos como pecado, doença e anormalidade, foram capazes de se regular e reproduzir. Exatamente por isso, porque sua ordem interna depende de sua capacidade em produzir as próprias crenças e práticas que surgem para subverter essa ordem, paradoxalmente, abrem um espaço cultural para uma ideologia do erótico capaz de contradizer suas mais básicas hipóteses. É importante, para essa ideologia do erótico no Brasil, uma distinção culturalmente definida entre público e privado, que se revela em expressões como "debaixo do pano, tudo pode acontecer" ou, mais comumente, "entre quatro paredes, tudo pode acontecer." (Parker, 1991. p.155).*

Tendo em vista as concepções teóricas apresentadas nesta discussão, gostaríamos de explicitar alguns depoimentos cedidos, na investigação de campo, por esposas que tiveram conhecimento da soropositividade de seus companheiros e que, além de constatarem a infidelidade conjugal dos mesmos, em algum momento da situação vivida suspeitaram ou tiveram certeza de práticas homossexuais de seus maridos.

Contudo, não é de nosso interesse, neste trabalho, reeditar a polêmica questão de culpabilizar essas práticas sexuais masculinas como sendo responsáveis pela chegada da epidemia da AIDS

no segmento feminino brasileiro. Sobretudo, porque persistir em centralizar a discussão sobre medidas preventivas em tais afirmações seria reincidir em erros passados, quando questões de saúde pública foram transformadas em segmentação social, trazendo como consequência o acirramento de preconceitos e discriminações e afastando a população em geral de informações mais confiáveis.

O sentido que tentaremos dar à apresentação dessas experiências femininas será o de expor situações de silenciamento diante da dificuldade de estabelecer confrontos com sentimentos característicos da essência feminina, que podem colaborar para o distanciamento das mulheres em relação a sua prevenção caso sintam necessidade. Isto porque a negociação de práticas sexuais mais seguras com seus companheiros equivale à explicitação de sentimentos de desconfiança que muitas vezes podem ser interpretados como iniciadores de crises conjugais, considerando a gravidade das suspeitas em questão:

- (K) - *Como foi que você recebeu o diagnóstico de AIDS de seu Marido?*
- (T) - *Doutora, antes de eu responder à Sra. eu gostaria de saber como é que se pega esse vírus. A Sra poderia me dizer?*
- (K) - *Claro. O contágio se dá através do uso compartilhado de seringas, no caso de uso de drogas na veia; em*

transfusões, quando o sangue não é testado ou em contato direto com secreções sexuais tanto do homem quanto da mulher.

- (T) - Sabe porque doutora, apesar do meu marido ter me dito que pegou o vírus com mulher, eu estou muito insegura. Nós moramos em Maricá e ele trabalha aqui no Rio. Quando ele vem pra cá ele fica hospedado na casa de um tio dele que é homossexual e há um tempo atrás, eu não sei bem quanto tempo ele andava muito cabisbaixo porque um amigo que ia na casa desse tio tinha morrido, mas ele não quis me dizer do quê. Ai quando eu soube que ele estava com AIDS eu logo me liguei nessa história. Eu nem quero acreditar nessa história, mais eu não sei se posso confiar no meu marido. Aliás toda mulher sabe que não pode confiar em homem nenhum. Eles saem mesmo com outras mulheres e a gente não tem como controlar isso, não vamos ficar correndo atrás deles o dia inteiro. A mulher fica muito nas mãos dos homens. Se o marido pega doença na rua sobra para a gente em casa. Mas a verdade é que eu estou muito encafifada com essa história.
- (K) - E por que você não conversou com ele sobre as suas suspeitas, sobre o seu receio de ficar doente, independentemente da AIDS?
- (T) - Essas coisas são difíceis de se conversar. Se a

gente pergunta se eles têm mulher na rua eles logo dizem que a gente tá a fim de criar caso. Imagina se eu perguntar se ele transou com viado, ele vai dizer que eu estou louca e ainda vai me dar porrada. A gente ainda acaba ficando envergonhada e humilhada de tá perguntando ao marido se ele trocou a gente por outro homem, olha que horror! Eu prefiro nem perguntar nada e nem contar a ninguém sobre essas minhas suspeitas, nesses casos o silêncio é melhor. A gente sofre menos se não sabe a verdade nua e crua."

(K) - Mas por que você acha que ele transou com outro homem?

(T) - Sei lá, aquela casa só tem viado, aí de repente ele bebe e aí não se entende mais nada. Em se tratando de homem, tudo é possível.

(K) - Você alguma vez usou camisinha nas relações sexuais com ele?

(T) - Hoje eu sei que é necessário usar, mas a gente não sabe nada, eu antes de transar legal com o meu marido, a gente brincava, "botava na portinha", e não precisava colocar camisinha e também a mãe da gente não podia saber dessas coisas. Depois eu comecei a tomar pílula, aí a gente se esquece da existência. Agora é que a gente sabe que a camisinha serve para outras coisas. Mas vai falar isso pra meu marido. Ele não gosta de usar. Então eu não transo. Eu acho uma

*injustiça eu estar passando por essa situação. Meu marido foi o único homem de minha vida, não conheci outro homem, além de tudo, tenho uma filha de um ano e meio e caso eu esteja contaminada minha filha pode estar também, foi o que a médica me falou. Eu estou fazendo muita força para perdoar meu marido. É horrível a sensação de ter sido traída, dá a impressão que a gente não é capaz de satisfazer o marido da gente, mesmo quando todo mundo diz que homem é assim mesmo, lá dentro a gente sofre muito. Apesar disso, eu estou tentando acreditar que foi uma mulher que o contaminou. Eu sei que não vai fazer diferença, não vai mudar a situação, mas pelo menos eu não vou ficar tão envergonhada, mesmo que ninguém saiba disso, a gente fica envergonhada com a gente mesmo, porque além dessa tristeza toda, desse medo todo, ainda estou morrendo de vergonha."(Tereza, 18 anos. Dona de casa. Soro-interrogativa).*

Além dos sentimentos de desvalorização e rejeição mencionados no item anterior como repercussões do confronto com a existência de relações extraconjugais masculinas reveladas pelo diagnóstico da AIDS, o depoimento acima citado vem explicitar uma nova situação, que aciona novos sentimentos em relação a esse conhecimento.

Segundo a experiência relatada por essa esposa, a suspeita de que a infecção de seu marido tenha ocorrido a partir de práticas homossexuais, gera um forte sentimento de vergonha e de humilhação diante de si mesma. E esse sentimento fez com que a mulher vivesse suas suspeitas e seu desconforto mediante a situação de forma silenciosa, não querendo abrir um espaço de discussão para conhecer a verdadeira forma pela qual o seu marido se infectou, pois seria, segundo seu relato, insuportável para sua auto-estima tal constatação.

Outros depoimentos colhidos na investigação de campo nos demonstram tais sentimentos e dificuldades das mulheres em relação ao assunto:

(K) - *Como foi para você saber que seu marido tem AIDS?*

(V) - *Sei lá, eu acho é que estou sofrendo mais porque fui muito burra, não percebendo que ele ultimamente andava muito estranho e esquisito. Não tive coragem de falar o que eu achava, agora estou infectada também.*

(K) - *Por que você fala isso?"*

(V) - *Ele andava recebendo telefonemas estranhos masculinos, saía logo em seguida e só retornava muito tarde*

(K) - *Como era a vida sexual de vocês?*



- (V) - Quando ele me procurava para ter relações sexuais, só gostava de ter relações anais, só tinha relações vaginais quando eu insistia muito, chegando inclusive a brigarmos.
- (K) - Você não acha que você possa estar influenciada por profissionais que dizem que a AIDS é coisa de relacionamentos entre homens?
- (V) - Acho que não, ele parecia que estava viciado em comer a minha bunda, antes não era assim e além do mais os homens ligavam e ele saía correndo atrás. Eu estou muito envergonhada de estar dizendo isso para a Sra. E como se eu como mulher não prestasse para ele.
- (K) - Você tendo essas suspeitas do seu marido, você não pensou em pedir para ele usar camisinha?
- (V) - Aí teria que se abrir o livro, pois eu tenho trompas ligadas, não posso mais ter filhos. Aí a gente teria que falar sobre infidelidade, sobre essa coisas dos homens ficarem andando atrás dele. Acho até que perguntar se ele tinha mulher na rua não seria tão difícil. Não seria fácil também, mais seria mais fácil do que falar dos homens e aí o mundo viria abaixo, mesmo porque eu acho que ele não assumiria nem uma coisa e nem outra, essa coisa dos homens poderem tudo faz com que eles sejam imaturos e irresponsáveis.
- (K) - Então vocês nunca conversaram sobre essas

*suspeitas?*

*(V) - Não, já é difícil falar sobre a traição com outras mulheres, com outros homens acho que é pior ainda.*

*(K) - E a sua família sabe desses fatos, sabe do seu diagnóstico?*

*(V) - Saber do meu diagnóstico meus filhos sabem, mas pensam que ele se contaminou com mulher. Agora eles não sabem que eu suspeito de que ele tenha transado com outros homens. Como eu vou contar essa história vergonhosa para meus filhos? Vou dizer que sou casada com um viado, isso seria demais. (Vera, 46 anos. Advogada. Soropositiva.).*

Novamente, o depoimento citado, deixa claro um forte sentimento de vergonha, decorrente da suspeita de possíveis práticas homossexuais masculinas de seu companheiro.

É esse sentimento de vergonha traz à tona uma certa reação, extremamente sofrida, de ser mulher e ter sido preterida por outro homem. Fato este observável a partir do relato de que somente através de muitas discussões e brigas as necessidades de prazer feminino, representado neste caso pelas práticas vaginais, poderiam ser satisfeitas.

Além do mais, a vergonha de que todos saibam do ocorrido pode representar o medo de ser percebida como tendo falhado em suas

funções femininas. E neste caso, como também no depoimento apresentado anteriormente, a dificuldade de abordar com seus companheiros a questão de práticas sexuais seguras encontra-se centralizada na vergonha que sentem de admitir que tais situações possam acontecer e, mais ainda de que se sintam no direito de falar sobre elas. Ademais, a expressão de seus sentimentos é considerada, nas relações conjugais, como um fator gerador de conflitos, conforme foi expresso em todos os demais depoimentos colhidos na pesquisa de campo.

Esses sentimentos de vergonha e desvalorização são tão intensos nessas mulheres que, diante da suspeita levantada ou de uma confirmação da forma de transmissão do HIV, chegam a estabelecer um discurso em que a infecção dos seus companheiros adquire papel secundário em relação às vias reais de transmissão, e elas chegam a preferir que seus maridos tenham se infectado com uma mulher:

(S) - *Sabe, doutora, eu não tenho mais nada com o Carlos, desde que eu soube que ele está com essa doença; cuido dele, trato bem dele, mas é como se a gente fosse dois amigos, nada mais como casal. Eu me lembro muito bem, antes de saber da verdade, que um dia eu estava conversando com ele na enfermaria, e ele me disse que não deveria ter se casado. Na hora eu não entendi, mas agora eu entendo muito bem. É porque ele*

é mais chegado em homens.

(K) - Ele alguma vez contou de que forma ele pensa ter adquirido o vírus?

(S) - Não

(K) - Então por que você acha que ele se infectou com um outro homem? Ele pode ter se infectado com uma mulher.

(S) - Quem dirá que ele tivesse se contaminado com uma mulher. Quando eu fui falar com a Assistente Social lá do hospital, ela deixou escapar e perguntou se eu não sabia que ele era homossexual, pois ela sabia que ele era. Depois de tanto tempo de casada, eu tenho 16 anos de casada, eu ficar sabendo disso, ele nunca demonstrou nada, saía do trabalho direto para casa, não dava para suspeitar que ele tinha outra mulher, que dirá outro homem. Eu tive três choques fortes com essa história toda, fiquei sabendo que meu marido não era aquele homem que eu conhecia, fiquei sabendo que na verdade ele me traía e fazia tudo tão bem feito que eu nem desconfiava, e fiquei sabendo que ele me traía com homem. Fiquei sabendo que meu marido é viado. Isso não é triste? (chora). Meus filhos também não se conformam com isso, e o mais velho nem chama ele mais de pai, é Carlos. Eu nem sei como pode ser isso, casado comigo, gostando de homem. Ele não deveria ter se casado mesmo. Deve ter casado para

*esconder das pessoas. Agora arrastou todo mundo nesta vergonha, neste sofrimento todo. A senhora sabe que eu não consigo nem ver viado na minha frente? Tenho vontade de matar. Em pensar que o meu marido também é... e quase me faz ficar nesta situação com ele.*

*(K) - Você tem idéia do porque você não contraiu o vírus?*

*(S) - Olha eu acho que é porque eu não tenho esses comportamentos modernos. Nós tínhamos nosso comportamento em relação a sexo às antigas.*

*(K) - O que comportamento sexual às antigas?*

*(S) - Sem essas novidades todas que tem por aí, no meu corpo eu uso o que a natureza reservou para isso, não fico procurando outras novidades não. (Silvia, 42 anos. Dona de casa. Soronegativa).*

Como observamos a partir da apresentação destes depoimentos, a existência de representações sociais baseadas em juízos de valores diferenciais para homens e mulheres na cultura brasileira contribuiu para que determinados atributos morais fossem delegados a masculinidade e feminilidade em nossa sociedade. Atributos esses erigidos sobre noções de dominação e submissão, atividade e passividade, que passaram a ser determinantes para a formação de variadas práticas sexuais no Brasil, principalmente se nos centralizarmos na questão masculina.

Relegada a uma posição de inferioridade, dentro desse

contexto, a sexualidade feminina e os processos formadores de uma identidade social são vividos silenciosamente, dando a impressão de que são inexistentes. Porém, os depoimentos colhidos pela investigação de campo que ilustram a nossa discussão demonstram que fortes sentimentos que abalam a auto-estima feminina são derivados dessa diferente moralidade que norteia a expressão das sexualidades na sociedade brasileira.

Esses sentimentos, por não terem espaços que sirvam de apoio e referência para que possam ser explicitados, são vividos isoladamente. Entretanto, a necessidade de se criarem medidas preventivas para a epidemia da AIDS destinadas ao universo de mulheres envolvidas em relações conjugais, principalmente as que se adaptam ao modelo tradicional de matrimônio, faz com que consideremos essas experiências relevantes para a discussão da melhor forma de fornecer instrumentos alternativos para que essas mulheres possam negociar sua segurança com seus companheiros em relação à infecção pelo HIV.

**V - CONCLUSÃO:**

Este trabalho buscou discutir - a partir dos depoimentos colhidos na pesquisa de campo - algumas implicações originadas do esquema de representações sociais que circundam a expressão da sexualidade feminina e suas repercussões nas relações entre os gêneros no Brasil, sob o ângulo da percepção das possíveis dificuldades originadas de tal esquema para a negociação de práticas sexuais mais seguras em relação à epidemia do HIV/AIDS por parte da mulher, junto ao seu parceiro.

Como foi observado durante o percurso dessa reflexão, a mudança do perfil epidemiológico da epidemia do HIV/AIDS se deu, mais contundentemente, no início dos anos 90, quando a incidência de casos de AIDS em mulheres passou a figurar, de forma mais significativa, não só nos Boletins Epidemiológicos do Ministério da Saúde do Brasil, mas também nos comunicados oficiais emitidos pela OMS.

A partir de então, a preocupação de encontrar formas de prevenção do HIV/AIDS entre homossexuais masculinos, usuários de drogas endovenosas e pessoas consideradas como tendo comportamento sexual promíscuo, passou a ser dirigida, também, a outros segmentos sociais, mediante o surgimento crescente da demanda de tratamento e acompanhamento médico de casais, nos quais um dos parceiros, ou

até mesmo os dois, encontravam-se infectados pelo HIV. Este fato, de certa forma, corrigiu a percepção, adotada pelo senso comum, segundo a qual a AIDS era uma epidemia que possivelmente só atingia grupos cujos comportamentos sociais e sexuais já os situavam no limiar das chamadas doenças morais.

Essa transformação no panorama da epidemia trouxe para a comunidade mundial e, no caso, para o Brasil, desafios importantes em relação à urgência de se elaborar programas e projetos de prevenção de eficácia satisfatória. Isto porque a inexistência de medicamentos ou vacinas que possam eliminar ou imunizar o organismo humano dos efeitos decorrentes da infecção pelo HIV é um fato notório, do conhecimento de todos.

No entanto, como foi observado durante a reflexão realizada nesta dissertação, a dificuldade associada à negociação de práticas sexuais mais seguras não se resume, somente, à sua adoção, ou não, nas relações sexuais do casal. Pois ficou evidenciado, através de experiências que ilustram os pressupostos apresentados neste trabalho, que para haver a possibilidade de um espaço propício à tais discussões é necessário o confronto com questões mais complexas, relacionadas a uma gama de representações sociais que permeiam o exercício das diferentes sexualidades e que se encontram marcadamente presentes nas interrelações de gênero.

Como apresentamos em nossa discussão, a influência de



discursos ligados à religião cristã e posteriormente à medicina higienista respaldaram, dentro do processo de estruturação da sociedade brasileira, os conceitos sociais que definiram a expressão correta do ser masculino e do ser feminino em nossa cultura.

Neste enquadramento as noções de masculinidade e feminilidade passaram a ser delimitadas por atributos especiais que definiram a essência de comportamentos de homens e mulheres em termos sociais. Avaliados inicialmente pelas noções de pecado e culpa, e mais tarde classificados a partir da conceituação do termo doença, esses atributos foram sedimentados em representações simbólicas que deram origem a uma série de tabus responsáveis pelo desempenho de papéis sociais de machos e fêmeas na sociedade brasileira.

Inseridas nesses esquemas de representação, baseados em conotações diferenciadas em termos da socialização no Brasil, as distinções entre a anatomia física de homens e mulheres foram enunciadoras de uma demarcação de valores morais opostos para os dois sexos. E tais valores, de certa forma, determinaram o surgimento de uma série de paradigmas sociais que circundam o exercício das distintas sexualidades.

Neste sentido, podemos observar que em oposição à existência de uma cultura onde a representação positiva da masculinidade é erigida em termos de uma constante exposição do homem no mundo,

dispondo de uma sexualidade em evidência e uma intensa intimidade com o prazer e a liberdade de seu exercício, encontramos uma cultura feminina marcada fortemente pelo silêncio, pelo conformismo, o ocultamento e a necessária inexperiência sexual que caracterizam a visualização de decência e virtude associadas ao comportamento feminino.

Essa diferenciação conferida ao esquema social de valores morais - onde a infidelidade masculina sempre foi situada num espaço preservado, em detrimento de uma forte condenação do adultério feminino -, definiu, fundamentalmente, os regimes pelos quais se estabeleciam as ligações matrimoniais tradicionais e que, de certa forma, ainda se encontram presentes na experiência afetiva dos casamentos atuais, claramente referidas pelos depoimentos apresentados neste trabalho.

Este contexto, onde a percepção quase que natural de que para a mulher é reservado o espaço do silêncio em relação ao comportamento masculino; percepção explicitada pelos depoimentos colhidos na investigação de campo, vem nos colocar um grande desafio no que se refere à elaboração de estratégias que possam promover melhores condições, para mulheres envolvidas em relacionamentos conjugais baseados em modelos tradicionais, de negociarem práticas sexuais mais seguras, caso sintam necessidade.

Portanto, as questões que foram pontuadas pelas mulheres que relataram suas experiências sobre o conhecimento do diagnóstico da soropositividade de seus companheiros, e em alguns casos a sua própria soropositividade, são extremamente importantes, à medida que foi possível, a partir delas, obter um retrato mais realístico de alguns pontos de discussão que devem ser postos em relevo na elaboração de programas de prevenção da epidemia da AIDS dirigidos às mulheres.

Como foi percebido através desses discursos, tendo em vista a análise feita em termos da influência dos aspectos sociais relacionados as representações da sexualidade feminina, podemos observar que a reforço fornecido a características de submissão feminina frente à dominação masculina leva a mulher a uma postura de total silenciamento em relação a determinadas situações nas suas relações conjugais. Sobretudo, quando estas situações se referem a questionamentos e confrontos onde a exposição de sentimentos intensos seja o eixo principal.

Portanto, segundo os depoimentos colhidos pela investigação de campo, o receio de se estabelecer um confronto mais direto com a questão da infidelidade masculina e os possíveis comprometimentos que esta situação determina, podem ser entendidas como empecilhos à criação de um espaço para o diálogo sobre a prevenção do HIV/AIDS, mesmo em alguns casos em que tenha sido visto como necessário.

Tendo em vista tais contribuições, percebeu-se que é freqüente, a crença, entre essas mulheres, de que expor seus sentimentos em relação ao comportamento masculino pode levar a uma crise em seus relacionamentos conjugais, na medida em que questionar a infidelidade de seus companheiros seria de certa forma questionar o direito que eles têm de possuir uma vida privada. Desta forma, a pretensa tolerância da mulher para com a infidelidade masculina pode ser encarada como uma reação derivada do receio de instaurar um desequilíbrio em seus casamentos.

Por outro lado, também foi observado nestes depoimentos que esta pretensa tolerância das mulheres não deixa de provocar um intenso sofrimento, pois a impossibilidade de suas emoções serem percebidas como algo importante para o relacionamento conjugal faz surgir nelas fortes sentimentos de rejeição, desvalorização e vergonha. E para se evitar o confronto com tais sentimentos, o folclórico silêncio feminino surge como melhor opção.

Para elaborar materiais informativos e trabalhos de intervenção em populações específicas, em relação à prevenção e ao combate à disseminação do HIV direcionados, ao universo feminino de nossa sociedade, é imprescindível levar em consideração tais experiências.

Apesar de nesta investigação não termos feito, deliberadamente, nenhum recorte em termos de classe social nem

termos nos remetido a outros parâmetros de análise e interpretação, esse trabalho de pesquisa forneceu elementos para a elaboração de um outro tipo de observação bastante significativa para a construção de projetos de prevenção do HIV/AIDS relacionados ao segmento feminino de nossa sociedade.

É importante que ressaltemos a elaboração deste projeto, na medida em que o mesmo foi pensado fundamentalmente a partir das observações obtidas pela a pesquisa de campo realizada para a construção desta dissertação. Portanto, pode-se considerá-lo como uma aplicação prática dos pressupostos apresentados em nossa discussão.

Neste sentido, durante o período em que estive realizando as investigações de campo para a composição desta dissertação, tive a oportunidade de ingressar como voluntária no Grupo Pela VIDDA<sup>9</sup> do

---

<sup>9</sup> - O Grupo Pela VIDDA (Pela Valorização, Integração e Dignidade do doente de AIDS), fundado em 1989 pelo escritor Herbert Daniel, é constituído basicamente por pessoas infectadas pelo HIV/AIDS, seus amigos e familiares. Seus membros, são voluntários em sua quase totalidade e trabalham direcionando seus esforços para chamar a atenção para a gravidade da epidemia do HIV/AIDS, mostrando que a mesma pode ser evitada, através de um esforço coletivo fundado na solidariedade.

O objetivo fundamental do Grupo Pela VIDDA, encontra-se voltado para prevenção secundária e terciária, ou seja, a luta para que as pessoas infectadas, assintomáticas ou doentes, tenham plenos direitos civis, para que sejam cidadãos completos e se tornem agentes educadores para a saúde.

A modificação do perfil epidemiológico da infecção pelo HIV/AIDS em nossa sociedade, fez com que o Grupo Pela VIDDA, sem ferir seus objetivos iniciais, passasse a direcionar suas atividades também para a prevenção primária, empenhando-se na elaboração de respostas aos novos desafios impostos pela massificação da epidemia.

Rio de Janeiro. Levando em consideração o agravamento do quadro epidemiológico referente à incidência de casos de AIDS em mulheres nesta cidade e o meu engajamento político nesta Organização Não Governamental, elaborei um projeto de intervenção, a ser realizado na comunidade da favela Pavão-Pavãozinho (Copacabana), que tem como objetivo geral a conscientização sobre a gravidade da epidemia do HIV/AIDS em relação à saúde reprodutiva da mulher.

Em termos de sua concepção original, este projeto teve como principal justificativa o aumento da incidência de casos de HIV/AIDS na população feminina de baixa renda, acompanhando, de certa forma, a mudança do perfil epidemiológico desta epidemia que a partir da década de 90 passou a se disseminar nesta população específica.

Além do mais, este quadro torna-se extremamente mais grave à medida que, apesar de haver esforços por parte do Governo, no sentido de promover melhorias nos serviços de atendimento clínico hospitalar às mulheres das classes populares, estes serviços ainda são muito limitados. *(Guimarães e Godinho, 1992. Mimeo. Arquivos Grupo Pela VIDDA/RJ)*

---

O Grupo Pela VIDDA possui as seguintes atividades permanentes: Reunião de Recepção, Grupo de Mulheres, Assessoria jurídica, Plantão do Disque-AIDS, Tribuna Livre, Café Positivo, Oficina de Artes e, atualmente trabalha com o projeto de Prevenção à AIDS para Homens que fazem sexo com Homens - em parceria com a ABIA e O Grupo Pela VIDDA/SP - e o Projeto Comunidades Pela VIDDA - Pavão-Pavãozinho.

Não obstante, estudos apontam que, em razão da desinformação da própria mulher de sua constituição físico-reprodutiva, o quadro da saúde reprodutiva feminina no Brasil apresenta graves problemas, tais como: grande índice de mortalidade materna; número abusivo de cirurgias cesárias, muitas vezes tendo em vista a prática de esterilização; alta incidência de abortos voluntários clandestinos, realizados em situação de extrema precariedade hospitalar cirúrgica e , o uso de pílulas anticoncepcionais sem acompanhamento médico, altamente difundidos. (*Ibid*).

Nos contatos preliminares com a Comunidade da favela Pavão-Pavãozinho, em 1992, observamos a existência de uma séria precariedade de atendimentos médicos voltados para a mulher, uma realidade bastante presente no cotidiano de seus habitantes. Com efeito, esta comunidade conta, somente, com um pequeno ambulatório médico (mantido com doações feitas pela Igreja da Ressureição - Copacabana), onde o acompanhamento ginecológico é deficitário, mediante a pouca demanda existente para esse tipo de serviço. (*Ibid.*)

Ademais, notou-se que essa falta de informação sobre a importância do acompanhamento médico também se estendia às doenças sexualmente transmissíveis, o que nos forneceu uma visualização prévia de como essa carência de conhecimento poderia ser extensiva em relação à infecção pelo HIV. E tais comunidades têm algumas

características que funcionam como fatores agravantes, como por exemplo, a iniciação sexual associada a gravidez, em mulheres na faixa etária de 16 anos. (*Ibid.*)

A metodologia de trabalho pensada originalmente para a implementação deste projeto consistiu na formação de um grupo de convivência, composto por aproximadamente 30 mulheres desta comunidade, que estavam na faixa etária reprodutiva, ou seja, neste caso específico, entre 16 e 40 anos e que se interessaram pelo trabalho. (*Ibid.*)

Segundo a proposta inicial deste trabalho, a discussão a ser realizada por esse grupo se centralizou, basicamente, na representação da questão da epidemia do HIV/AIDS para essas mulheres, bem como em identificar quais são os fatores que podem influenciar a negociação de práticas de sexo mais seguro com seus parceiros. Para isso, eventualmente, este grupo contou com a presença de alguns homens, que podiam contribuir para a discussão. (*Ibid.*)

De acordo com a autoria original deste projeto de intervenção, a experiência dele derivada servirá para a elaboração de materiais informativos destinados a comunidades populares, onde por meio de uma linguagem sobre o que significa ser mulher, e o que significa ser mulher que vive e convive com o HIV/AIDS, poder-se-á pensar na construção de diferentes discursos, com base nas suas



especificidades de representações de vida. (*Ibid.*)

É importante que se ressalte que o relato de experiências como as apresentadas como referência para discussão neste trabalho de dissertação, são extremamente importantes para o desenvolvimento de estratégias de prevenção da epidemia de AIDS. Pois a problematização dessas questões, mesmo que em termos mais gerais, pode apontar algumas diretrizes que indiquem como a elaboração de materiais informativos deve ser pensada para que um maior número de aspectos relevantes possam ser contemplados.

Contudo, a prevenção do HIV/AIDS ainda se constitui em um grande desafio para os profissionais envolvidos na implementação de projetos que visam à divulgação de informações mais seguras, considerando-se a precariedade dos recursos que são destinados a tais finalidades.

É importante ressaltar que o desenvolvimento de programas de esclarecimento e de prevenção que possam, de certa forma, promover o controle da epidemia de HIV/AIDS é um compromisso que deve ser exercido pelo maior número de segmentos representativos de nossa sociedade, que sejam capazes de formar profissionais aptos a colaborar nesta difícil tarefa.

Desde o surgimento da epidemia de AIDS, os maiores esforços para possibilitar uma maior conscientização da comunidade em geral

foram realizados inicialmente por Grupos gays organizados - como foi o caso do Grupo Gay da Bahia e do Atobá no Rio de Janeiro -, devido à inicial associação entre AIDS e homossexualidade, mesmo antes de ter sido criado o Programa Nacional de Combate à AIDS pelo Ministério da Saúde, em 1985. Mais tarde, com a mudança do perfil epidemiológico da epidemia, começaram a surgir Organizações Não Governamentais (ONGs) voltadas para o oferecimento de apoio social e psicológico às pessoas com AIDS (GAPAs) e também para pesquisas sociais em relação à epidemia (ABIA). (Parker, 1994. p.97)

Neste sentido, é necessário que, conjuntamente aos esforços governamentais e civis, possamos, cada vez mais, promover a multiplicação de espaços de discussão onde a problemática questão do enfrentamento da epidemia de AIDS encontre aliados significativos em termos de representatividade e credibilidade. Queremos portanto, ressaltar a importância da participação de representantes de setores acadêmicos nesta discussão, o que poderá fornecer ao trabalho que já vem sendo realizado contribuições extremamente relevantes para o processo geral de combate à disseminação do HIV.

Logo, o incentivo à criação, tanto de trabalhos de aconselhamento e apoio psicológico a pessoas que de alguma forma foram atingidos pela epidemia, quanto de projetos de pesquisa voltados para a expressão da sexualidade em nossa cultura, a serem

realizados por Universidades<sup>9</sup> em todo o Brasil, poderia manter um intercâmbio significativo, promovendo uma soma de esforços que se constituiria em um verdadeiro inimigo contra a disseminação do HIV em nosso país.

---

<sup>9</sup> - A Universidade do Estado do Rio de Janeiro e Universidade de São Paulo, realizam trabalhos significativos em relação a estudos e pesquisas sobre o impacto social da AIDS no Brasil.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- ABIA. "Quem Semeia Pânico, Colhe Epidemia. Caras e Mascáras de uma Campanha Equivocada". In: ABIA: Boletim nº2. Rio de Janeiro, 1988.
- ABIA. "E onde fica o Pinto Fernandes". In: ABIA: Boletim nº5. Rio de Janeiro, 1988.
- ABIA. "Prevenção Fatal". In: ABIA: Boletim nº13 . Rio de Janeiro, 1991.
- Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde. Ano VI. Nº1. Semana Epidemiológica 01 à 05/93.
- Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde. Ano VII. Nº 1 Semana Epidemiológica 09 à 13/março de 1994.
- Chauí, Marilena. "Repressões Nossas Conhecidas". In: Repressão Sexual. Essa (Des)conhecida. São Paulo. Editora Brasiliense. S.A. 1984. 2ª edição.
- Costa, Jurandir Freire. Ordem Médica e Norma Familiar. Rio de Janeiro. Edições Graal. 1989. 3ª edição.

- Daniel, Herbert. "AIDS no Brasil: a falência de modelos". In: Daniel, H. & Parker, R.. AIDS: a terceira epidemia. Ensaios e tentativas. São Paulo. Iglu Editora. 1991.
- Daniel, Herbert & Parker, Richard. "A terceira epidemia: o exercício da solidariedade". In: Daniel, H & Parker, R.. AIDS: a terceira epidemia. Ensaios e tentativas. São Paulo. Iglu Editora. 1991.
- Dossiê Panos. A Tripla Ameaça. Mulheres e AIDS. Panos Institute, ABIA e SOS Corpo. Rio de Janeiro. 1993.
- Foucault, Michel. "Stultifera navis". In: A História da Loucura. São Paulo. Editora Perspectiva. S.A. 1989. 2ª edição.
- Goldenberg, Miriam. Ser homem, ser mulher dentro e fora do casamento. Estudos antropológicos. Rio de Janeiro. Editora Revan LTDA. 1991.
- Goldschmidt, Eliana Maria Rea. "Virtude e Pecado: Sexualidade em São Paulo colonial". In: Costa, A.O. & Bruschini, C. (orgs). Entre a Virtude e o Pecado. Rio de Janeiro. Editora Rosa dos Tempos. 1992. Fundação Carlos Chagas.
- Guimarães, Katia Maria & Godinho, Maria Cecília. "Assistência Psicológica". In: Dossiê Assistência. Grupo Pela VIDDA/RJ e Grupo

Pela VIDDA/Niterói. 1992.

- Guimarães, Katia Maria & Godinho, Maria Cecília. Projeto Comunidades. Mimeo. Arquivos Pela VIDDA/RJ. 1ª versão. 1992.
- Guimarães, MDC & Castilho, E. "Heterosexual Transmission of HIV: a multicenter study in Rio de Janeiro, Brazil". In: Abstract Form. Seventh International Conference on AIDS. Florence. Italy. FIOCRUZ.
- Heilborn, Maria Luíza et alli. "Sexualidade e desconhecimento: a negação do saber". In: Vivência. História, sexualidade e imagens femininas. São Paulo. Livraria Brasiliense editora S.A. 1980. Fundação Carlos Chagas/Fundação Ford.
- Magali, Ana Maria Bandeira de Mello. "Mulheres no mundo da casa: Imagens Femininas Nos Romances de Machado de Assis e Aluizio Azevedo". In: Costa, A.O. & Bruschini, C..(orgs). Entre a Virtude e o Pecado. Rio de Janeiro. Editora Rosa dos Tempos LTDA. 1992.
- Neto, Antônio Fausto. "Jornalismo: classificação e produção do real". In: Mortes em derrapagens. Os casos Corona e Cazuza no discurso da comunicação de massa. Rio de Janeiro. Rio Fundo Editora LTDA. 1991.
- Parker, Richard. "Um americano quando cai no samba, ou a cultura sexual brasileira e a AIDS". In: Daniel, H. & Parker, R..AIDS: a

terceira epidemia. Ensaios e tentativas. São Paulo. Iglu Editora. 1991.

- Parker, Richard. *Corpos, Prazeres e Paixões. A cultura Sexual no Brasil contemporâneo.* São Paulo. Editora Best Seller. 1991.

- Parker, Richard. "Políticas Públicas, Ativismo Social e AIDS no Brasil". In: Parker, R.. *A Construção da Solidariedade. AIDS, Sexualidade e Políticas no Brasil.* Rio de Janeiro. Editora Relume Dumará. 1994. ABIA, IMS/UERJ.

- Shilts, Randy. *O Prazer com Risco de Vida.* Rio de Janeiro. Editora record. 1987.

## BIBLIOGRAFIA:

- Berger, Peter L. & Luckmann. A Construção Social da Realidade. Rio de Janeiro. editora Vozes LTDA. 1978. 4ª edição.
- Costa, Jurandir Freire. A Inocência e o Vício. Estudos sobre o homoerotismo. Rio de Janeiro. Editora Relume-Dumará. 1992
- Daniel, Herbert. Vida antes da Morte. Rio de Janeiro. Tipografia Jaboti. 1989.
- Foucault, Michel. A História da Sexualidade I: a vontade de saber. Rio de Janeiro. Edições Graal LTDA. 9ª edição.
- Foucault, Michel. A História da Sexualidade II: o uso dos prazeres. Rio de Janeiro. Edições Graal LTDA. 5ª edição.
- Freyre, Gilberto. Casa-Grande & Senzala. Rio de Janeiro. Record editora. 1992. 28ª edição.
- Goldenberg, Miriam. A OUTRA. Um estudo antropológico sobre a identidade da amante do homem casado. Rio de Janeiro. Editora Revan. 1990.
- Lasch, Christopher. Refúgio Num Mundo Sem Coração. A família: Santuário ou instituição sitiada? São Paulo. Editora Paz e Terra.



1991.

- Orlandi, Eni Puccinelli. As Formas do Silêncio. No Movimento dos Sentidos. Campinas/SP. Editora da UNICAMP. 1992. 2ª edição.
- Paiva, Vera (Org.). Em Tempos de AIDS. São Paulo. SUMMUS editora. 1992.
- Perlonger, Nestor. O que é AIDS. São Paulo. Editora Brasiliense S.A. 1987
- Rodrigues, Nelson. O casamento. São Paulo. Editora Companhia das Letras. 1992.
- Sontag, Susan. AIDS e suas Metáforas. São Paulo. Editora Companhia das Letras. 1989.
- Vallinoto, Tereza Christina. A Construção da Solidariedade. Um estudo sobre a resposta coletiva à AIDS. Rio de Janeiro. escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz. Dissertação de Mestrado. 1991.

## Ciência Nacional

## Campanha anti-Aids será lançada antes do carnaval

Brasília — "Aids — Você deve saber evitar". Este é o slogan da campanha que o Governo lança antes do carnaval para combater essa doença no Brasil. A campanha, preparada pelas agências Escala, Mórulo e Dennisow, foi inteiramente aprovada pelo presidente Sarney, que examinou há dois dias os modelos de cartazes e filmes a serem divulgados. O anúncio da campanha só ainda não foi feito porque o ministro da Saúde, Roberto Santos, quer dar solenidade ao lançamento e evitar reações prematuras por parte da Igreja.

A palavra "impacto" é a mais repetida na Secretaria de Comunicação Social do Ministério, onde se entende ser essa campanha a melhor ideia surgida ultimamente para fortalecer a imagem do ministro da Saúde no Governo. Por isso, no próximo dia 18, será Roberto Santos quem aparecerá preocupado, em horário nobre de televisão para, durante cinco

minutos, explicar aos carnavalescos como evitar a Aids.

A campanha será dirigida aos que foram contaminados com a doença e aos que desejam evitá-la. Os doentes serão orientados a não contagiar outras pessoas e a procurar imediata assistência médica, evitando o isolamento hospitalar discriminatório a que normalmente são condenados. Os interessados em evitar a doença serão aconselhados a selecionar criteriosamente seus parceiros sexuais.

O Ministério da Saúde elaborou essa campanha inspirando-se nos modelos divulgados na França, Inglaterra e Estados Unidos. A ideia que pretendem pôr em prática é a de, numa linguagem clara e sucinta, esclarecer os segmentos populacionais de qualquer nível que é possível evitar a doença. Na primeira etapa da campanha, serão gastos entre Cr\$ 12 milhões e Cr\$ 15 milhões.

### Filmes são principais peças para a informação

Brasília — A linha mestra da campanha de controle da Aids, traçada por técnicos do Ministério da Saúde e publicitários baseia-se na veiculação de quatro filmes de dois minutos cada um — dirigidos aos grupos de risco — e outro, com duração de 30 segundos, para informações genéricas sobre a doença. O slogan aparece sempre no início e final do anúncio, servindo como um elo para as mensagens.

Os quatro filmes tratam dos meios de transmissão da doença entre os hemofílicos, homossexuais, usuários de drogas, transfusões de sangue e sobre as deficiências dos testes de diagnóstico da doença e os

problemas de rejeição enfrentados pelo adêntico. Os textos não citariam normalmente os grupos de riscos, ficando por conta das imagens a distinção entre eles. O filme de 30 segundos tem como objetivo explicar os meios de transmissão e prevenção da doença, de forma genérica, além de informar os locais indicados para maiores esclarecimentos.

Além da televisão, o slogan será veiculado nas rádios de todo o país, em out-doors, encartes de revistas, anúncios em jornais, além de folhetos dirigidos aos profissionais de saúde e cartazes para serem afixados nos centros de saúde da rede pública e hospitais privados.

# (Campanha direta contra a Aids

"Clara e direta, mas procurando não agredir nem descambar para a pornografia". Assim Celso Japiassu, Diretor da Denison Propaganda, define a campanha de esclarecimento da Aids que a agência está preparando por encomenda do Ministério da Saúde. O material foi apresentado aos médicos do grupo de estudos sobre a Aids do Ministério, que sugeriram algumas alterações, e a campanha seguirá para aprovação do Ministro da Saúde e do Presidente José Sarney até o início da próxima semana. Apesar de não fornecer maiores detalhes do que está sendo feito ("por respeito ao cliente"), Japiassu diz que o tom geral dos anúncios no rádio, televisão, jornais e revistas será de franqueza:

— A campanha deve ter uma linguagem eficiente, dizendo o que é Aids e quais os cuidados a serem tomados, já que pretende atingir a sociedade como um todo. Mas isso não significa que para isso cheguemos ao ponto de agredir alguns setores que têm algumas reservas em relação à questão, como a Igreja, por exemplo.

Destacando que não será uma campanha cara, já que o Governo dispõe de tempo gratuito no rádio e na televisão, Japiassu informa que a divulgação será intensa, para não perder ninguém. Também por isso a tendência é chamar as coisas pelos nomes que as pessoas as conhecem, de modo que elas possam identificá-las de imediato. Assim, caso não haja objeções governamentais, será recomendado ao público o uso de preservativos como forma de impedir o contágio. Isso a partir de 15 de fevereiro, data marcada para o início da campanha, ou seja, antes do carnaval, para impedir que a situação piore ainda mais.

A campanha será desenvolvida através de folhetos, cartazes e filmes que, além das informações básicas sobre a doença, pretendem esclarecer também como ela é transmitida e o que se pode fazer para evitá-la. Além de atingir a população leiga, a campanha se propõe a padronizar as informações e condutas dos profissionais de saúde de todo o

Brasil. Mas o maior objetivo será mesmo tentar bloquear a cadeia de transmissão do vírus. Quanto maior o número de pessoas conscientes dos riscos e das formas de transmissão da doença, menores serão as chances de exposição ao vírus e, conseqüentemente, o número de suas vítimas.

Concordando com o cientista político Herbert de Souza, que afirma que estamos com um atraso de pelo menos três anos na luta contra a Aids, o Diretor do Departamento de Doenças Transmissíveis da Secretaria de Saúde e coordenador do programa contra a Aids no Estado do Rio de Janeiro, Dr. Alvaro Matida, acredita que sempre é hora de se fazer alguma coisa.

— O problema de uma campanha como esta é que não pode-

mos reforçar determinados estigmas que estão ligados ao sexo e ao uso de drogas, e ainda temos que trabalhar com o conservadorismo de alguns segmentos da sociedade.

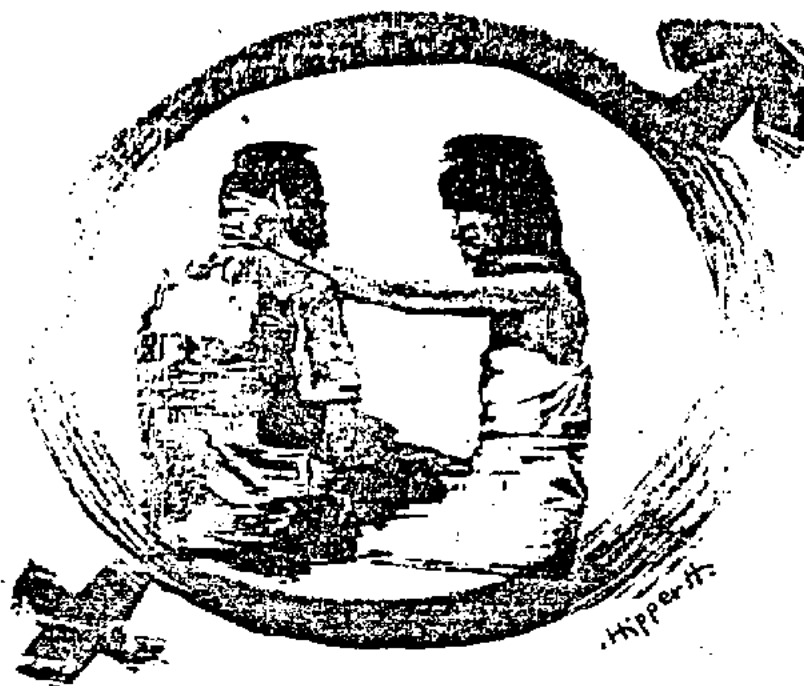
Outra grande preocupação da classe médica é com o texto dos folhetos, dos cartazes e do filme: precisa ser claro, objetivo e não moralista.

— Estamos levando em conta que a campanha precisa atingir os diversos grupos sociais. É uma campanha que não tem endereço certo. Sabemos que ela não responderá a todas as dúvidas, mas se conseguirmos mobilizar a população em torno do assunto já demos um grande passo. Neste momento até as polêmicas são interessantes — diz Matida.

O outro objetivo desta campa-

nha, não menos importante e necessário, é dar uma certa esperança aos males alarmados, mostrando que nunca se pesquisou tanto, principalmente nos Estados Unidos e na França, sobre uma doença, como estão fazendo com a Aids. Segundo o Dr. Alvaro Matida, a cada dia aparecem novas descobertas. Não se trata, portanto, de um trabalho alarmista.

O filme será veiculado em todos os canais de televisão e nas instituições de ensino e de saúde de Norte a Sul. E os folhetos serão distribuídos através dos hospitais da rede pública e particular e nas empresas estatais. A colaboração da imprensa e de todos os órgãos de comunicação é, segundo o Dr. Matida, ponto fundamental para o sucesso do trabalho.



## Vida noturna, alegria e... perigo

O primeiro dos três filmes para televisão, de um minuto cada, da campanha nacional de prevenção à Aids, mostra uma rua de grande cidade, onde prostitutas e travestis fazem ponto. O locutor lembra que, além de diversão e alegria na vida noturna, há também muitos perigos e o maior deles é a Aids.

O segundo filme mostra um homem fantasiado de arlequim, dançando ao som da bateria de uma escola de samba. O locutor diz: "Quanto riso, quanta alegria. Este é o lado bom da folia. Mas existe

uma outra face, que não é nada iluminada. É a face trágica de uma doença mortal chamada Aids". O arlequim aparece num leito de hospital. Uma lágrima corre pelo rosto. O locutor fala do contágio, da prevenção, e conclui: "Lembre-se que a Aids mata sem piedade e está se espalhando por aí. Depende de você interromper este triste cordão".

O terceiro filme se passa a bordo de um avião, onde passageiros atentos olham para a aeromoça que, em vez de transmitir as normas de segurança durante o voo,

avisa: "Atenção para estas instruções que podem salvar sua vida nesta viagem". E mostra o folheto da campanha da Aids. Depois, retira de um envelope uma camisinha e a exhibe esticada. O locutor, em off, diz: "Em suas relações sexuais, qualquer que seja o parceiro, use sempre camisa de vénus. Ou faça seu parceiro usar".

A aeromoça pega então algumas seringas descartáveis enquanto se ouvem novas instruções: "Se, por alguma razão, você tiver que tomar injeção, nunca use seringas e agulhas de outras pessoas".

# Campanha alerta turista contra Aids

BRASÍLIA — Como se pega a Aids? Como impedir que a doença seja transmitida pelo sexo? Ela pode ser adquirida através de contatos casuais? As respostas são encontradas nos folhetos intitulados "Não deixe que a Aids seja sua última companheira de viagem" e "Aids — Informação para viajantes" que estão sendo distribuídos em todos os portos, aeroportos e estações rodoviárias do País, como parte da estratégia do Ministério da Saúde para evitar o aumento da propagação da doença no carnaval.

Os folhetos, produzidos em português, inglês e espanhol, ressaltam que a aparência da pessoa não é uma garantia de que ela não esteja infectada. Aos homens, indica a adoção de precauções como a utilização de camisas de Vênus, "a cada vez e do princípio ao fim do ato sexual". As mulheres, recomenda que "devem exigir que o seu parceiro use sempre uma camisinha." E mais: "lembre-se de que qualquer tipo de relacionamento sexual, seja vaginal, anal ou oral, pode transmitir Aids", diz o folheto.

Só a produção da campanha custou ao Governo CZ\$ 35 milhões. Para sua veiculação no rádio e também na televisão (para a qual há três filmes), o Ministério da Saúde dispende ainda cerca de CZ\$ 110 milhões.

Além disso, serão afixados outdoors nas proximidades dos principais aeroportos do País. Os cartazes, têm a foto de um rosto feminino e o

Telefoto de Paulo Cezar Ferreira



Os anúncios buscam evitar a propagação da doença durante o carnaval

slogan "Quem vê cara não ve Aids" em destaque — visando principalmente as deturpações provocadas pelo preconceito com relação à doença. As peças serão espalhadas no Rio, em São Paulo, Belo Horizonte e em Curitiba.

A campanha também tem veiculação prevista em outros meios de comunicação, como os principais jornais e revistas do País.

# Um Segundo Caderno

## Mulher: grupo de risco

No lugar de atingir os grupos de risco, a nova campanha do Ministério da Saúde contra a Aids colocou em discussão a figura da mulher. Vários grupos feministas de todo o País estão enviando protestos ao Ministério, repudiando a utilização de um modelo no cartaz "Quem vê cara não vê Aids". As mulheres consideram a campanha ofensiva e de muito mau gosto. Em Brasília, o Conselho Nacional de Proteção à Mulher enviou uma carta ao Ministério da Saúde. Também a deputada federal Abigail Fátima levou à Câmara Federal a sua mensagem de protesto. No Rio, várias deputadas preparam uma moção contra a campanha. As entidades feministas prometem, para o Dia Internacional da Mulher, no próximo dia 8, continuar com o protesto.

Mário Lucio Toledo



Dicas Dido - Comp/Condi/Sevark - de

A nova campanha do Ministério da Saúde de prevenção à Aids, ao invés de atingir aos grupos considerados de risco - homossexuais, vítimas em relações heterossexuais e doadores de sangue - causou grande impacto e revolta nas mulheres de todo o País. Há 15 dias, que alguns grupos feministas vêm protestando, junto ao ministério contra a utilização de cartazes nas grandes cidades com a foto de uma bela modelo, lusa de olhos verdes, a cantora Elisav Manauir, de 21 anos, e a frase: "Quem vê cara não vê Aids". Segundo as feministas, a campanha é de um profundo mau gosto e degrua a figura da mulher, já que, alegam, estas mulheres, são consideradas como o menor grupo de risco. Na semana passada, após receber uma série de protestos de mulheres de todo o País, o presidente do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, Jacqueline PRAAGY, enviou um protesto formal ao Ministério da Saúde. No documento, pede que, para as próximas campanhas, o Ministério da Saúde crie uma campanha a favor da mulher e do homem, e não de modo a discriminar e prejudicar a mulher, para que não aconteça este tipo de situação com as mulheres.

Essa campanha contém em sua mensagem apenas a figura da mulher, quando todos sabem que ela é o menor grupo de



risco. Normalmente eram o maior grupo com campanhas sobre a Aids. Mas acho que qualquer uma é possível. Só não entendi por que, para não colocar uma foto de um homem junto. Não acho que tenha sido maliciosa mas, como esclarecimento, os autores deveriam ter colocado um homem, para que as pessoas saibam que o sexo masculino também transmite a doença." (Marta Wander, atriz)

"Aids não se espalha porque existe fora um mês e meio. Esta disputa de polegada entre o homem e a mulher é como sempre. Só que a mulher não precisa ficar mais insegura contra isso, pois está em igualdade com os homens há muito tempo. Eu sugeria que o cartaz fosse metade homem, metade mulher. Não me sentira ofendida e ofendida pela utilização de uma modelo, desde que seja uma campanha direta e de qualidade." (Ella Ramalho, cantora)

Essa discussão é uma grande história. Há muitas coisas importantes a serem discutidas. Não importa se quem fez a campanha foi homem ou mulher. É preciso as pessoas se responsabilizarem com o problema, principalmente nesta época de transição por que a gente está passando. O problema da Aids é uma crise de integração entre as pessoas. Se cada um resolver o seu problema, não haverá Aids. Remediar agora



Cartaz - Polêmica mau gosto

# Poema inspira combate à Aids

## Ministério da Saúde prepara nova campanha para reduzir incidência de Aids

### SERGIÃO ADOLESCENTE

RIO — "Pedro amava Maria, que amava João, que amava Sérgio, Sérgio, que amava Paulo, que amava Rita, que amava João, que morreu de Aids. Não morreu de amor." Essa apelo, criada com base no poema "Quadrilha", de Carlos Drummond de Andrade, fará parte de uma campanha publicitária do Ministério da Saúde contra a Aids. Queira ao ar pela primeira vez em setembro. A principal novidade será o depoimento vivo e dramático de pessoas que contraíram o vírus.

A primeira das três séries de filmes será dirigida especificamente aos jovens dos consumidores de drogas injetáveis. Em 30 segundos, um adolescente, consumindo a arte de do sistema celular para a produção de drogas, vai relatar como contraiu o vírus e fará um apelo para que os jovens fiquem longe delas. "Será um filme bem, muito forte, porque quem sabe não podemos ficar com 'boves bonas'", avalia Nilza Brito, coordenadora da campanha. O diretor da peça será Daniel Filho.

Um segundo, dirigido a uma faixa etária, diz: "É do teu morrer de Aids". Ele comenta que foi contaminado usando drogas injetáveis durante uma "viagem de seringa" e lembra que "faziam imagens que faziam pagar Aids a parte que faziam pagar Aids por isso". E pede em tom dramático: "Salve a vida. A Aids é uma viagem sem volta. Não será um filme voltado para quem consuma drogas, mas para aqueles que estão em via de entrar no vício ou mesmo antropocenas leões", explica Brito.

### MULHER OSLUTO

O segundo filme pretende mostrar a cadeia de transmissão da Aids e o risco de relacionamento sexual entre várias pessoas que não se conhecem. A base cri-

ativa e o poema "Quadrilha", cuja mensagem será refletida nas cenas de um filme dirigido por Herbert Joffe, com locação de Mário Lima. As cenas começam com imagens de uma igreja onde acontece um casamento. Depois, mostra sucessos de ações rápidas e de impacto, a partir de um boque de flores, que cai no pé de um caminhante. No fim, aparece as flores e o céu do casamento.

As três séries serão formadas por nove filmes dirigidos por Herbert Joffe, com testemunhos que "fazem as pessoas falar de Aids". Um anúncio voluntário — já escolhido pela Danusa Publicidade, produtora da campanha — será apresentado em qualquer horário, em primeiro plano, com o nome listado escrito em forma de legenda: "Eu sou como 'Fidélis', tenho uma família, um emprego, tipo de pessoa que nunca pensaria Aids", diz ela com voz pausada. Alguns segundos de silêncio e o locutor apresenta: "Falemos da sua situação pessoal no dia...". Além disso, há um portador do vírus, os filmes trazem depoimentos lacivos de uma mãe de alérgico, uma enfermeira, um psicólogo, um diretor de escola, estudantes, um homossexual, uma prostituta, um hemofílico e um médico especialista em Aids, cujos nomes ainda são mantidos sob sigilo. Um dos filmes tem 45 segundos, data até 20 e 25 de dezembro.

A ideia desses filmes é promover a reflexão e o diálogo a respeito do problema de Aids entre a população, com apelo do tipo: "Falemos da sua situação pessoal no dia...". Além disso, há um portador do vírus, os filmes trazem depoimentos lacivos de uma mãe de alérgico, uma enfermeira, um psicólogo, um diretor de escola, estudantes, um homossexual, uma prostituta, um hemofílico e um médico especialista em Aids, cujos nomes ainda são mantidos sob sigilo. Um dos filmes tem 45 segundos, data até 20 e 25 de dezembro.

A ideia desses filmes é promover a reflexão e o diálogo a respeito do problema de Aids entre a população, com apelo do tipo: "Falemos da sua situação pessoal no dia...". Além disso, há um portador do vírus, os filmes trazem depoimentos lacivos de uma mãe de alérgico, uma enfermeira, um psicólogo, um diretor de escola, estudantes, um homossexual, uma prostituta, um hemofílico e um médico especialista em Aids, cujos nomes ainda são mantidos sob sigilo. Um dos filmes tem 45 segundos, data até 20 e 25 de dezembro.

A ideia desses filmes é promover a reflexão e o diálogo a respeito do problema de Aids entre a população, com apelo do tipo: "Falemos da sua situação pessoal no dia...". Além disso, há um portador do vírus, os filmes trazem depoimentos lacivos de uma mãe de alérgico, uma enfermeira, um psicólogo, um diretor de escola, estudantes, um homossexual, uma prostituta, um hemofílico e um médico especialista em Aids, cujos nomes ainda são mantidos sob sigilo. Um dos filmes tem 45 segundos, data até 20 e 25 de dezembro.



Rolo e Kalina: relação entre tóxico e a depressão

## Curso vai ensinar a cuidar de viciados

O psiquiatra argentino Eduardo Kalina vai iniciar hoje na Clínica Greenwald, em Itaipava, uma turma de três meses para profissionais interessados no tratamento de dependentes de drogas. O curso é gratuito e ministrado por especialistas em dependência química, como o psiquiatra Kalina, que é especialista em dependência química e a coordenadora da clínica, além de outros especialistas em dependência química, como o psiquiatra Roberto Rolo, diretor clínico da Greenwald, Kalina fundador e psiquiatra responsável pelo tratamento de dependentes de drogas.

"Fazemos uma terapia integral: além de corrigir problemas corporais e cerebrais, procuramos tratar o viciado a uma vida comunitária", diz Rolo.

O tratamento envolve o trabalho com o viciado: "Todo viciado tem um projeto de morte. Enxameia e ter um plano de vida", diz Rolo. Depois de muitos anos de convivência com álcool, cocaína, maconha ou drogas ilegais — viciados em farmácias, como tranqüilizantes, hipnóticos, antidepressivos e remédios para tosse e base de codéina, um derivado de papoula — o dependente adquire dependência física.

"A depressão apresenta múltiplos aspectos. O viciado tem um mundo onde seria bem-visto e se rotulando", afirma o especialista. Junto com o psiquiatra Fábio Miguel Rolo, diretor clínico da Greenwald, Kalina fundador e psiquiatra responsável pelo tratamento de dependentes de drogas.

O curso funcionará na clínica — uma área de dez mil metros quadrados, com piscina, pomar, horta, quadra, pista de tênis, salas de ginástica e reabilitação.

"O uso prolongado de drogas provoca alterações metabólicas no organismo. Por isso, o tratamento precisa ter muito cuidado com as necessidades do seu organismo e com o uso de medicamentos. Depois de vários anos com o vício", explica Rolo.

Kalina mostrará como fazer experiências que a medicina vem fazendo para tratar essas alterações. Uma delas é a ligação controlada do álcool.

## Simpósio discute mensagem

Os resultados das experiências com um medicamento para a cura da Aids serão discutidos no simpósio internacional de Aids, realizado em Aids e Saúde, que será inaugurado hoje e dura até terça-feira à noite.

Benjamin Spector e Michel Albech, cientistas israelenses, falaram sobre testes com o AZT-101, droga desenvolvida por eles na Universidade de Bar-Ilan, Ramat-Albech informou que o AZT-101 é considerado o primeiro "tratamento de uma droga que pode fortalecer o sistema imunológico", disse. "Os testes em pacientes com Aids e câncer mostram a possibilidade de uma substância ajudar as cure das duas doenças".

com o AZT, droga norte-americana também usada contra Aids.

NUMEROS

Celia Higert, presidente da comissão organizadora do simpósio, diz que em dez dias mais de 100 países registrarão quatro mil casos no Brasil, dos quais 25% morreram. "Atualmente, há 100 alérgicos notificados. O balanço de julho mostra uma curva decrescente na evolução do número de casos da doença, porém com crescimento entre os drogados", disse Higert.

Amândia, palestrante de grande interesse a ser apresentada ao IAH3 e de Roberto Galis, médico especializado em pediatria em transplante de medula que ocorreu ao viciado do acidente nuclear de Chernobyl. Também amanhã, às 9 horas, haverá painel sobre os aspectos epidemiológicos da Aids no Uruguai, México, África, nas Américas, no EUA, no Brasil e em São Paulo; às 11h30, painel sobre aspectos clínicos da Aids; às 14 horas, painel sobre câncer e às 15h30, painel sobre transplante de medula e imunoterapia em câncer.

Segundo especialistas que, em áreas de maior risco, como o AZT-101, "foi possível identificar um mecanismo que inibe a multiplicação do vírus da Aids e fortalece o sistema imunológico do paciente". O cientista afirmou que há fortes indícios de que a eficácia da combinação do AZT-101

C. 6 — CIDADES — MORTES — Quinta-feira, 20 de julho de 1989

FOLHA DE S. PAULO

## Artistas participam de campanha con

Da Sucessor de Brasília

Começa a ser veiculado na próxima quarta-feira um comercial de um minuto, produzido pelo Ministério da Saúde, sobre prevenção a Aids. Durante 15 dias, 18 personalidades ligadas às áreas médica, esportiva e artística, vão aparecer na TV "ensinando" como evitar a doença. A lista inclui Zico, Caetano Veloso, Nuxa, Ayrton Senna, Maitê Precença e uma série de artistas globais.

O lançamento oficial da campanha será hoje às 15h, na sede da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), no Rio, com a presença do ministro da Saúde, Seigo Tsuzuki.

Sobre um fundo neutro, cada convidado, em close, diz uma frase curta: "Camisinha não tira o prazer e evita o risco", afirma Francisco Cuoco. Na abertura, Zico exorta um tom esportivo: "É na hora da gente virar o

jogo contra a Aids". Ayrton Senna vai na mesma linha: "Juntos a gente ganha essa parada". Duas frases otimistas, mas que não esclarecem nada.

O Ministério da Saúde não divulgou os custos da produção. Cada um dos convidados vai receber um "cachê simbólico", segundo o ministério. Esse valor será doado à Casa do Hemofílico.

As TVs não vão receber nada pela veiculação do anúncio. O tempo gratuito de veiculação do comercial pertence à Presidência da República.

O ministro Seigo Tsuzuki vai aproveitar a solenidade de lançamento da campanha para divulgar os dados oficiais sobre Aids no Brasil, coletados pela Divisão Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis.

Depois dos primeiros 15 dias de veiculação do anúncio, a campanha será suspensa por 15

dias. Em seguida entra novamente em rede por igual período em todas as emissoras do país.

Em São Paulo, nas duas primeiras semanas de julho foram confirmados 125 casos de Aids. O especialista Paulo Roberto Teixeira, 40, do Grupo de Coordenação da Aids da Secretaria de Estado da Saúde, considera o número alarmante. Em junho, o total de casos confirmados foi de 242. Em 1987 foram 96,6, em 88, 160,2 e do início deste ano até maio chegaram a 93 (dados provisórios).

Apesar de os registros da primeira semana de julho escaparem das previsões, Teixeira não descarta a possibilidade de estar havendo uma busca mais efetiva de doentes pelas equipes de vigilância epidemiológica. Dos 242 casos confirmados em junho, 181 doentes manifestaram sintomas da Aids entre janeiro e junho e 61, entre 1985 e 1988.



O cantor e compositor Caetano Veloso no comercial produzido pela S

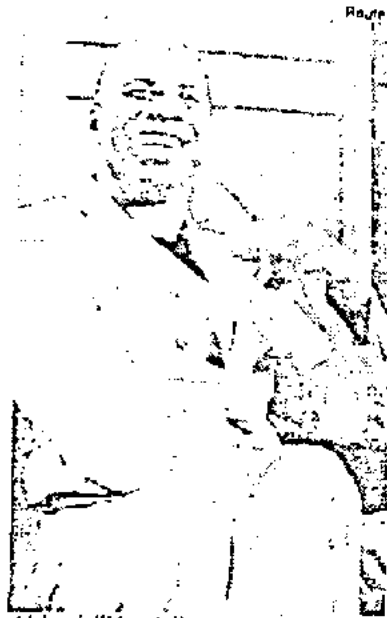


## 'Magic' Johnson nega ser homossexual ou viciado

LOS ANGELES - O maior astro do basquete norte-americano, Magic Johnson, que na última quinta-feira encerrou a carreira ao anunciar ser portador do vírus da Aids, fez, ontem, um alerta ao mundo inteiro. Além de garantir não ser homossexual, Magic Johnson afirmou que qualquer pessoa pode contrair a doença:

- Não sou homossexual nem viciado em drogas. Por isso, o drama que estou passando serve de alerta para mostrar que qualquer um pode se tornar uma vítima da doença. Mais do que nunca, é preciso que as pessoas selecionem e limitem seus parceiros para não correrem o risco de se contagiar como eu - aconselhou Magic Johnson, informado pelo médico do Los Angeles Lakers, Michael Mellmon, de que foi infectado por uma mulher.

O drama do ex-astro do Los Angeles Lakers, clube pelo qual sagrou-se cinco vezes campeão da NBA, deflagrou um grande movimento de protesto dos ativistas americanos contra o presidente George Bush. Revoltados, eles acusam o governo e outros líderes políticos de voltarem as costas para a epidemia da Aids, que já



Aids de "Magic" comova EUA

infectou cerca de 1 milhão de americanos:

- Certamente não fiz tudo o que podia, mas não aceito dizerem que não me importo com a doença - disse Bush.

Centenas de fãs de Magic Johnson escreveram mensagens de apoio ao astro num enorme cartaz onde se lia: "We love you Magic" (Nós te amamos Magic).

## GLOSSARIO:

AZT: Medicamento usado em pacientes infectados pelo HIV para impedir a replicação viral.

Células T4: Células que fazem parte do sistema Imune que tem papel central na defesa das infecções oportunistas. Também conhecidas como Linfócitos T4 ou CD4.

Gânglios Linfáticos: Estruturas do Sistema Linfáticos, situada no trajeto de vasos linfáticos, encarregadas de agrupar células de defesa do organismo.

Linfócitos: Glóbulos brancos mononucleares, especializados na defesa imunitária do organismo. Existem duas variedades: B e T. Os linfócitos B são responsáveis pela defesa humoral e os linfócitos T pela defesa celular.

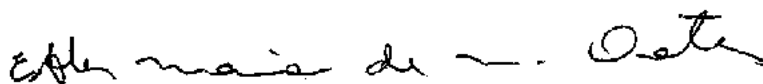
Transcrição Reversa: Processo onde é criada uma enzima especial para reprodução dos retrovírus.

Retrovírus: Tipo específico de vírus, caracterizado pela sua formação de elos de RNA, e não de DNA, como os vírus típicos.

Dissertação apresentada ao Departamento de Psicologia da PUC-Rio pela aluna Katia Maria Guimarães de Andrade, intitulada "Nas raízes do silêncio: Um estudo sobre a representação cultural da sexualidade feminina e a prevenção do HIV/AIDS", e aprovada pela Banca Examinadora constituída pelos seguintes Professores:



Junia de Vilhena  
Professor Orientador /PUC-Rio



Esther Maria de Magalhães Arantes  
PUC-Rio



Richard G. Parker  
UERJ

Visto e Permitida a impressão

Rio de Janeiro, 29 de Julho de 1994.



Jürgen Heye  
Coordenador dos Programas de  
Pós-Graduação do Centro de  
Teologia e Ciências Humanas