

V CBEO - Curitiba



V CONGRESSO BRASILEIRO DE ESTUDOS ORGANIZACIONAIS
Curitiba-PR - Brasil

O EXÉRCITO DOS ANORMAIS: UMA ANÁLISE DA DISCRIMINAÇÃO E ESTIGMATIZAÇÃO DA SOROPOSITIVIDADE

RENATO KOCH COLOMBY (Universidade Federal do Rio Grande do Sul) - renato.colomby@gmail.com

Possui Graduação em Administração e Mestrado em Administração pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (2016) na área de Gestão de Pessoas e Relações de Trabalho. Atualmente é Doutorando em Administração pela UFRGS.

JULICE SALVAGNI (Universidade Federal do Rio Grande do Sul) - julicesalvagni@gmail.com

Professora Adjunto no Departamento de Ciências Administrativas da UFRGS, na área de Estudos Organizacionais. Pós-Doutorado (PNPD/CAPES - 2016-2018), Doutora em Sociologia (UFRGS-2012). Mestre em Ciências Sociais (Unisinos-2011) e Psicóloga (Unisinos-2007)

1 Contextualização

No século XXI, a epidemia de HIV - *Human Immunodeficiency Virus* - é a quarta maior causa mundial de mortalidade e estima-se que atualmente mais de 40 milhões de pessoas vivam com HIV, sendo o Brasil o país com maior número de casos notificados no mundo (CECCATO *et al.*, 2004; UNAIDS, 2017). Ao nos depararmos com esses números e problematizarmos discussões acerca do tema, desenvolvemos uma aproximação dialogada do HIV com “Os Anormais” de Michel Foucault (1974-1975; 2011), desvelando realidades sociais com base nos conceitos acerca dos poderes que excluem, oprimem e assolam os sujeitos. Buscando analisar a discriminação inerente ao estigma da soropositividade na perspectiva da ‘anormalidade’, revisamos teórica e analiticamente os posicionamentos da temática do HIV para desvelar a composição de uma ideia dominante e preconceituosa de normatização e punição dos corpos e dos desejos sexuais. Sendo assim, o artigo foi estruturado da seguinte maneira: após essa primeira seção de contextualização, são apresentados aspectos importantes em relação ao HIV e, logo em seguida, uma recapitulação da categoria foucaultiana do anormal e as considerações finais são destinadas ao diálogo e fechamento entre as seções do texto.

É importante contextualizar que o Brasil conheceu a AIDS¹ logo depois de um momento pós-ditadura, em um momento de abertura democrática e de maior liberdade sexual. Isto é, o HIV aparece justamente no momento sociopolítico em que se reivindica o sexo como expressão de liberdade e prazer.

Equivocadamente, no início da epidemia, a imagem da AIDS foi fortemente vinculada a homossexualidade masculina, o que levou a doença a ser chamada de “peste gay”. Talvez, por este motivo, tenha trazido consigo muitos preconceitos e radicalismos por parte de alguns e, ao mesmo tempo indiferença, por parte de outros (LOUZADA, 2011). Para Cordeiro e Pinto (2008), além dos homossexuais, o conceito de “grupos de risco” também estava associado a prostitutas, dependentes químicos e hemofílicos, localizados em grandes centros urbanos. Tal associação disseminou a falsa noção de que as pessoas não pertencentes a estes “grupos” estariam “a salvo da ameaça” e reforçou preconceitos e estigmas. Nesse sentido, a ideia de “grupos de risco” desencadeou respostas da sociedade da época, entre elas a de que “adquirem a doença” são pessoas

¹ A AIDS (*Acquired Immunodeficiency Syndrome*) ou SIDA (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) é a fase em que ocorre a manifestação de enfermidades ocasionadas pela morte das células de defesa em decorrência da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e é determinada por aspectos clínicos como o baixo número dessas células de defesa no organismo.

que “merecem” ou “procuram” o que nada mais é do que um “castigo de Deus” (PADOIN, 1999; SCHAURICH; PADOIN, 2004).

Para Louzada (2011), caracterizada segundo uma dinâmica de contínua transformação, a AIDS vem atingindo mais de perto novos segmentos populacionais – e, de forma crescente estratos sociais menos favorecidos - além de aproximar-se de cidades de menor porte, onde sua presença não havia sido registrada. Diferentes autores buscaram compreender o rumo da epidemia e sinalizaram quatro tendências principais encontradas atualmente: feminização, heteriorização, pauperização e interiorização (PARKER; CAMARGO, 2000; NASCIMENTO; BARBOSA; MEDRADO, 2005).

Szwarcwald *et al.* (2000) corroboram com estudos que sublinham a heterossexualização ou heterogeneidade da epidemia no Brasil e confirmam que, no Brasil, a via de transmissão heterossexual constitui a mais importante característica da dinâmica da epidemia, havendo um incremento importante desta forma de transmissão de 6,6 % em 1988, para 39,2%, em 1998, contribuindo de modo decisivo para o aumento de casos em mulheres (REIS, 2010), mas o que ainda não é suficiente na mudança social quanto ao estigma vinculado à homossexualidade masculina.

Na atualidade, já se percebe que a utilização da palavra “risco”, nos termos epidemiológicos, não dá conta da realidade complexa da transmissão e infecção pelo HIV (LOUZADA, 2011). A derivação disto é a utilização do termo “vulnerabilidade” que objetiva trazer uma significativa contribuição na forma de pensar a epidemia. Isto é, a “vulnerabilidade” provoca um olhar para o contexto social de forma mais abrangente: moradia, informação, classe social, acesso aos serviços de saúde, comportamentos coletivos, aspectos culturais específicos de cada realidade e aspectos biológicos. No nível biológico todas as pessoas são vulneráveis à infecção, mas essa vulnerabilidade biológica depende de ações e comportamentos facilitadores. A categoria “vulnerabilidade” procura envolver aspectos coletivos, o que aproxima mais esta construção da realidade e, além disso, inclui como determinante a avaliação da preocupação governamental em termos de práticas de políticas públicas com relação à AIDS. Sendo concebida assim pode-se afirmar que “responsabilidade pessoal é a antítese da vulnerabilidade” (PARKER; CAMARGO, 2000).

Logo e, contudo, a AIDS pode ser um dispositivo para um olhar na direção de tudo aquilo que a sociedade brasileira insistentemente recusa ver: a desigualdade, o preconceito, a hipocrisia, a falência do sistema de saúde, a incoerência da justiça, a fragilidade das relações pessoais, etc. (MIRANDA, 2008). Afinal, se o Brasil tem uma

doença, seu nome com toda certeza não é AIDS, e a sua cura está diretamente relacionada à política, direitos humanos, cidadania e solidariedade (SOUZA, 1994).

2 Discriminação, Preconceito e estigma associados ao HIV

Ferreira e Figueiredo (2006) afirmam que as pessoas que vivem com HIV, além de enfrentar as dificuldades decorrentes da infecção pelo vírus, têm que lidar com problemas de ordem econômica, como a exclusão do mercado de trabalho. Assim, “não se pode falar no tema HIV/AIDS sem dissociá-los dos vocábulos discriminação, preconceito e estigma” (GUNTHER; BARACAT, 2013, p. 398).

A exemplo da hanseníase e tuberculose, as doenças, principalmente as incuráveis, tendem a alimentar o preconceito social contra seus “portadores” e, inclusive, servir de motivo para as práticas de segregação social (COUTINHO, 2006). Nesse sentido, estereótipos em relação ao HIV ainda fundamentam respostas sociais e programáticas estigmatizantes e têm contribuído para que o sujeito soropositivo não se identifique socialmente com receio de adquirir rótulos desvalorizados e vergonhosos (PARKER; AGGLETON, 2001; AYRES *et al.*, 2006; COLOMBY, 2016).

A discriminação ou o medo de ser vítima dela pode resultar em um impedimento para que as pessoas desenvolvam seus projetos de vida e chegam a atingir, inclusive, membros das futuras gerações das vítimas de HIV e AIDS, condenados a padecer do mesmo preconceito e discriminação que sofrem ou sofreram seus progenitores (PASCUAL, 2008). Não obstante, frequentemente, o estigma e a discriminação associados à AIDS desvalorizam o indivíduo e reforçam a ordem social que mantém diferenças e desigualdades sociais pré-existentes como as produzidas pelo sexismo ou pelo racismo (AYRES *et al.*, 2006; GARRIDO *et al.*, 2007).

Monteiro, Villela e Knauth (2012) reforçam a visão dos processos de discriminação e estigma como resultado de interações e estruturas sociais e defendem que eles derivam das desigualdades, tais como classe social, gênero, geração, e cor/raça/etnia e características individuais. Logo, os grupos mais estigmatizados e discriminados em cada sociedade são os que têm maior probabilidade de se tornarem os mais afetados pela epidemia (TARANTOLA; MANN, 1996).

Ademais, quem vive com HIV “acaba socialmente marcado por sua condição e, com o estigma social, sofre da pior violência que pode existir, aquela que a gente não vê ao olho nu, que atinge o portador do HIV de forma indireta, despercebida” (PASCUAL,

2008, p. 29). Para evitar ser socialmente condenado, vítima do preconceito e da discriminação o soropositivo cria seu “próprio exílio interior”, permanecendo “encerrado nos limites de sua epiderme”, “onde esconde o segredo de sua doença, e exerce um poder controlador permanente sobre seu corpo, sobre suas atitudes, sobre seus sentimentos e sobre seu comportamento para que nada delate sua condição de soropositivo” (PASCUAL, 2008, p. 30).

Vieira *et al.* (2002), por sua vez, fazem analogia da doença com um fantasma que deixa de ser uma sigla para se transformar em algo com vida própria e uma sentença tomando conta do corpo. E é sobre o corpo, a sexualidade e a “normalidade que a próxima seção busca articular.

3 A sexualidade na criação dos anormais

A produção de uma relação de poderes entre diferentes instituições é parte da articulação dominante que deixa essa engrenagem tão eficaz em seu real sentido de manter uma ordem social. Para Foucault (2011), a determinação da categoria do anormal dialoga com o poder de normatização “a se constituir como instância de controle” (FOUCAULT, 2011, p.36). Assim sendo, ficam estabelecidas normas efetivas de limite da normalidade e, por sua vez, instâncias de docilização do que deve seguir os padrões da norma para não pôr em risco o padrão desejável de comportamentos que, seguindo este raciocínio, corromperia com a ordem da sociedade. Ou seja, não aceitar ou não se adequar a esta norma social estabelecida implicará no poder negativo, pautado pela exclusão, já que o anormal por si só - pela sua significação social - coloca em questão as diretrizes da sociedade que não podem ser contentadas já que sugerem uma reformulação dos poderes institucionais, o que não é de interesse dos que os detém.

Noutro sentido, há também a invenção das tecnologias positivas de poder que não age por exclusão, mas por distribuição de acordo com as individualidades diferenciadas. Essas técnicas de poder podem ser “transferidas para suportes institucionais muito diferentes, como os aparelhos de Estado, as instituições, à família, etc.” (FOUCAULT, 2011, p. 42) e não excluem o anormal do núcleo de poder, mas necessariamente o enquadram ao que ele precisa vir a ser para seguir fazendo parte desta relação.

Enquanto entendimento da norma, Foucault entende que esta “não se define absolutamente como lei natural, mas pelo papel de exigência e de coerção que ela é capaz de exercer em relação aos domínios a que se aplica” (FOUCAULT, 2011, p. 43). Isso

quer dizer que a regra não existe enquanto tal, já que sempre é uma criação social dominante e serve para guiar a conservação das suas instituições. Qualquer fuga à regra, ou à postura que implica numa possibilidade de repensar a norma, costuma ser o que chamamos de anormal – longe da norma, não à toa, relacionados com a sexualidade humana. A necessidade de lançar holofotes às figuras dos anormais se faz para vislumbrar a incorporação das diferenças, para que aqueles grupos minorizados que contribuem efetivamente para as alterações no *status quo*, não sigam sendo alvo de exclusão e retaliação.

Para Foucault (2011), o aspecto da sexualidade é marcado pelo conflito cotidiano que carece de correções e, mais claramente, no despertar de condutas individuais ligadas à sexualidade que agora passam a ser de controle das instituições. No caso da soropositividade, a culpa e a punição vêm revestidas, com uma clara finalidade de prover segurança em saúde, no acúmulo de regras do que passa a ser permitido ou não fazer, de pontos de cerceiam a liberdade sexual de quem agora é visto como “uma infecção possível” e, portanto, equivocadamente, um risco para a sociedade. Tal concepção vem acompanhada pelo ritual de poder de punir, ou a cerimônia acerca do poder infinito de punir, a fim de mostrar ao mundo que aquele tipo de conduta é condenável e será passível de punição. Essa punição pode ser explícita ou mesmo contida dentro de alguns símbolos a eventos cotidianos. Como é o caso das explicações que a igreja dava ao advento do HIV, afirmando que havia sido enviada por Deus como uma espécie de punição pela perversão sexual por eles cometida (MIRANDA, 2008).

A construção deste ‘exército dos anormais’ tem relação direta com a revelação da sexualidade. A regra do silêncio sobre a sexualidade só começou mesmo a pesar no século XVII, na época de formação das sociedades capitalistas e com a total influência da igreja na construção de formas repressivas aos desejos sexuais e reforçamento das matrizes heterossexuais dominantes. A confissão sacramental vinha a ser um “procedimento perfeitamente codificado, perfeitamente exigente, altamente institucionalizado, da revelação da sexualidade” (FOUCAULT, 2011, p. 145) aos membros da igreja, que conquistavam acerto controle dos desejos individuais. No contemporâneo, se relacionando à igreja, a proibição do uso de preservativos, por exemplo, aparece como uma tentativa de manter o controle do ‘pecador’ que mantém relações sexuais para além do casamento, já que seu uso poderia prevenir não só a gravidez como a infecção por HIV.

Neste sentido, nos parece semelhante a contribuição de certos núcleos de pesquisa da área médica, epidemiológicas e da própria mídia, como propulsora de uma lógica de anormalidade relacionada ao HIV que buscam, por vezes, conduzir a efeitos pejorativos quanto ao entendimento da transmissão do vírus, especialmente no que se refere à ênfase do comportamento promíscuo.

Considerações Finais

Ler a sociedade atual sobre as lentes da teoria foucaultiana nos permite analisar os processos históricos já instalados, solidificados ou naturalizados através das práticas institucionais, sejam elas médicas, familiares, jurídicas ou de Estado. Ser anormal, portanto, ainda é ser referenciado pela norma determinante e ser enquadrado entre aquilo que a normatização prevê. Em épocas onde a proposta de uma cura psicológica aos homossexuais ainda é pauta no país, estas leituras da sociedade sendo explicitadas, relacionadas e discutidas em conjunto com as articulações propostas por Foucault são essenciais no sentido de dissolver as concepções naturalizadas acerca destes conceitos, o que inclui essas rotulações acerca do HIV. O desafio atual de pensar os dilemas da compreensão de uma recolocação no conceito de ‘anormais’ no significado de perceber como o a transitoriedade de sentido vai acumulando novas marcas e, por vezes, abandonando outras. Não obstante, percebe-se que a temática do HIV não pode deixar de ser vista sob as lentes críticas e das perspectivas de gênero, sexualidade, raça, classe social e etnia.

Por fim, ainda se percebe resquícios bastantes sólidos dos conceitos de grupos e comportamentos de riscos e que esses entendimentos de criminalização dos soropositivos não foi completamente abandonado. Nem por eles e nem pela sociedade que insiste em vê-los com “anormalidade”. Há uma incorporação da nomenclatura do “anormal” nos próprios soropositivos, isto é, há um efeito da concepção do anormal não só do olhar do outro, como também da punição de si mesmo. Logo, a incorporação da norma pode ser mais prejudicial para a própria pessoa soropositiva também por acreditar não fazer parte da “sociedade normal”.

REFERÊNCIAS

AYRES, J. R.; *et al.* **Vulnerability, Human Rights, and comprehensive health care needs of young people living with HIV/AIDS**. American Journal of Public Health, v.96, n.6, p.1001-1006, 2006.

CECCATO, M. G. B.; *et al.* **Compreensão de informações relativas ao tratamento anti-retroviral entre indivíduos infectados pelo HIV**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.20, n.5, p.1388-1397, set-out, 2004.

COLOMBY, R. K. **Antes e depois do diagnóstico**: o trabalho na história de pessoas que vivem com HIV. 2016. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10183/149272>>. Acesso em: 19 mai 2018.

CORDEIRO, I. D.; PINTO, A. P. **Aids e deficiências**: os direitos humanos como interface. In: Direitos humanos e HIV/aids: Avanços e perspectivas para o enfrentamento da epidemia no Brasil, 2008.

COUTINHO, M. L. P. **Discriminação no Trabalho**: Mecanismos de Combate e de Promoção da Igualdade de Oportunidades. OIT. 2006.

FERREIRA, R. C. M.; FIGUEIREDO, M. A.C. **Reinserção no mercado de trabalho**. Barreiras e silêncio no enfrentamento da exclusão por pessoas com HIV/AIDS. Revista Medicina. Ribeirão Preto, v.39, p.591-600, 2006.

FOUCAULT, Michel. **Os anormais**. São Paulo: Martins Fontes, 2011.

GARRIDO, B. P.; PAIVA, V.; NASCIMENTO, V. L.; SOUSA, B. J.; SANTOS, S. J. N. **Aids, estigma e desemprego**: implicações para os serviços de saúde. Rev. Saúde Pública. São Paulo, v.41, supl. 2, p.72-79, Dez, 2007.

GUNTHER L. E. BARACAT E.M. **O HIV e a AIDS, preconceito, discriminação e estigma no trabalho**. Ver. Jurid. Jan-mar; p.398-428, 2013.

LOUZADA, S. S. S. **Revisitando a História da Epidemia da Aids**: O fenômeno da feminização. Revista Ethnic. n. 15. Ano 08. jun. 2011.

MIRANDA, A. A. In: Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Programa Nacional de DST e Aids**. Direitos Humanos e HIV/Aids: avanços e perspectivas para o enfrentamento da epidemia no Brasil / Ministério da Saúde, 168 p. Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

MONTEIRO, S.; VILLELA, W. V.; KNAUTH, D. **Discrimination, stigma, and AIDS**: a review of academic literature produced in Brazil (2005-2010). Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.28, n.1, p.170-176, Jan. 2012.

NASCIMENTO, A. M. G.; BARBOSA, C. S.; MEDRADO, B. **Mulheres de Camaragibe**: representação social sobre a vulnerabilidade feminina em tempos de AIDS. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, 2005.

PADOIN S. M. M. **Em busca do estar melhor do ser - familiar e do ser - com AIDS.** In: Prochnow AG, Padoin SMM, Carvalho VL. Diabetes e AIDS: a busca do estar melhor pelo cuidado de enfermagem. Santa Maria, RS: Ed.Pallotti, 1999.

PARKER, R.; CAMARGO JR., K.R. **Pobreza e HIV/AIDS:** Aspectos antropológicos e sociológicos. Cadernos de Saúde Pública, 2000.

PARKER, R.; AGGLETON, P. **Estigma, discriminação e AIDS.** Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar em AIDS; p.9-17, 2001.

PASCUAL, A. **Preconceito e discriminação:** violências não visíveis contra os portadores de HI V/aids no Brasil. Direitos Humanos. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Direitos Humanos e HIV/Aids: avanços e perspectivas para o enfrentamento da epidemia no Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

REIS, N. V. **Cenas, Fatos e Mitos na Prevenção do HIV/AIDS:** Representações Sociais de Mulheres de uma Escola Pública de Juiz de Fora/MG. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina, Juiz de Fora, 2010.

SCHAURICH, D.; PADOIN, S. M. M. **Do cuidado da mulher: questões de gênero e sua incorporação no contexto do HIV/AIDS.** Revista de Enfermagem, 2004.

SOUZA, H. **A cura da AIDS.** Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.

SZWARCWALD, C. L. et al. **A disseminação da epidemia da AIDS no Brasil, no período de 1987-1996:** uma análise espacial. Cad. Saúde Pública, v.16, supl. 1, p.7-19, 2000.

TARANTOLA, D. J.; MANN, J. M. **Global expansion of HIV infection and AIDS.** Hosp. Pract., Minneapolis, v.15, n.31, p.63-6, 69, 72-3 passim, Oct. 1996.

UNAIDS. **Estatísticas.** Resumo Informativo – Dia Mundial Contra a AIDS 2017. Disponível em: <<https://unaid.org.br/estatisticas/>>. Acesso em: 19 mai. 2018.

VIEIRA, J. *et al.* **Histórias de coragem.** A realidade de quem vive com HIV/Aids. São Paulo: Madras. 2002.