

Sexualidade e soropositividade: as relações de poder na construção dos Anormais de Foucault

Sexuality and seropositivity: the power relations in construction of Abnormal in Foucault

Renato Koch Colomby*

Julice Salvagni**

Marina Guerin***

Resumo

Este artigo tem como objetivo discutir a sexualidade e a soropositividade à luz de aspectos presentes nas obras “História da sexualidade I: a vontade de saber” (1988) e “Os Anormais” (1974-1975; 2011) de Michel Foucault, no processo de docilização dos corpos. Entendemos que a discussão foucaultiana acerca da construção da figura dos anormais e as suas associações históricas são absolutamente pertinentes nas análises das relações sociais contemporâneas e, sobretudo, nas discussões acerca da soropositividade. Essas leituras da sociedade sendo explicitadas, relacionadas e discutidas em conjunto com as articulações de poder propostas por Foucault são essenciais no sentido de contrapor as concepções naturalizadas acerca de um conceito ainda marginalizado como o HIV e a própria tríade gênero, sexualidade e educação. Neste ensaio teórico, o HIV e a AIDS são temáticas descortinadas e (re)colocadas em pauta, assim como os conceitos de normalidade e sexualidade são postos em reflexão, tendo como base o olhar foucaultiano.

Palavras-chave: Foucault. Os anormais. Gênero e sexualidade. HIV e AIDS. Relações de poder.

* Doutor em Administração pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul na área de Gestão de Pessoas e Relações de Trabalho; Professor no Colegiado de Administração do Instituto Federal do Paraná (IFPR) no Campus Palmas, Brasil; Líder do Tema 10 "Trabalho, Organizações e Subjetividade" na área de Gestão de Pessoas e Relações de Trabalho da ANPAD (Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração); Integrante do Observatório Internacional de Carreira - OIC e do GINEIT (Grupo Interdisciplinar de Estudos da Inovação e do Trabalho), ambos vinculados ao PPGA/EA/UFRGS; Email: renato.colombv@gmail.com

** Pós-Doutorado pelo Programa Nacional de Pós-Doutorado da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (PNPD/CAPES - 2016-2018), Doutora em Sociologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS/CAPES); Professora no Departamento de Ciências Administrativas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil; Email: julicesalvagni@gmail.com

*** Unisinos, Brasil; Email: ina.guerinx@gmail.com

Abstract

This article aims to discuss sexuality and seropositivity in the light of aspects present in Michel Foucault's work "The history of sexuality I: the will to knowledge" (1988) and 'Os Anormais' (1974-1975/2011), in the process of docilization of bodies. We understand that the Foucaultian discussion about the construction of the figure of the abnormals and their historical associations are absolutely pertinent in the analysis of contemporary social relations and, above all, in the discussions about seropositivity. These readings of society being made explicit, related and discussed together with the power articulations proposed by Foucault are essential in order to counteract the naturalized conceptions of a still marginalized concept such as HIV and the triad gender, sexuality and education itself. In this article, HIV and AIDS are themes unveiled and (re) put on the agenda, just as the concepts of normality and sexuality are put into reflection, based on the Foucaultian view.

Keywords: Foucault; the freaks. Seropositivity. Gender and sexuality. HIV and AIDS. Power relations.

Introdução

O HIV, vírus da imunodeficiência humana, foi identificado pela primeira vez em 1981. Esse vírus é o causador da AIDS, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA), que é uma doença que atinge os linfócitos e deixa a pessoa infectada pelo vírus com problemas imunológicos (RACHID, SCHECHTER, 2017). A SIDA, mais conhecida mundialmente como AIDS (*Acquired Immunodeficiency Syndrome*) vem derrubando hábitos, revendo conceitos e revolucionando os costumes em todo o mundo (CARVALHO, BRAGA, GALVÃO, 2004). Já no século XXI, esta epidemia se apresenta como a quarta maior causa mundial de mortalidade e estima-se que atualmente mais de 40 milhões de pessoas sejam soropositivas, sendo o Brasil é apontado como o país com maior número de casos notificados no mundo (CECCATO et al., 2004; UNAIDS, 2020).

Com o sistema imunológico prejudicado, a pessoa que vive com HIV fica mais suscetível a doenças imunes, que podem levar à morte. Mesmo que a presença do vírus possa ser identificada no sangue e no leite materno, por exemplo, a doença tornou-se tabu por haver a possibilidade de transmissão pelo ato sexual (sem preservativo). Percorrendo a história da sexualidade (FOUCAULT, 1988), compreende-se que o sexo foi considerado um ato impuro pela religião e sacerdotes desde a era vitoriana, com a burguesia clamando pelo pudor e concebendo o ato apenas para fins reprodutivos.

Para entender essa realidade, este estudo provoca uma discussão sobre o HIV embasada em 'Os Anormais' de Michel Foucault (1974-1975/2011), sublinhando no entremeio dos conceitos de Gênero, Sexualidade e Educação, o processo de docilização dos corpos. Tais elementos servem de guia para um debate multidisciplinar por Foucault ser quem percorre os temas com bases epistemológicas críticas através dos mais diversos aspectos da sociedade, em uma teoria de desvelamento das realidades sociais acerca dos poderes que excluem, oprimem e assolam os sujeitos. Este texto tem como objetivo, portanto, o de analisar os aspectos presentes na concepção discriminatória da soropositividade com os marcos teóricos acerca da concepção do 'anormal'. Ao revisar 'Os Anormais', provoca-se um debate acerca desta normativa em relação ao papel do judiciário, da religião ou mesmo da medicina. Aprimorar teórica e analiticamente as dimensões e posicionamentos institucionais da temática que envolve o HIV

ajuda a desvelar a composição de uma ideia dominante de normatização e punição dos corpos e dos desejos sexuais.

O HIV, a AIDS e o Viver/Ser Soropositivo

A história da humanidade registra diversos eventos catastróficos: a peste negra que assolou a Europa na Idade Média, a gripe espanhola do começo do século XX, o câncer mais recentemente e o novo coronavírus (Covid-19) na atualidade. Já a AIDS, desde seu surgimento na década de 1980, foi considerada mortal e sem cura, ligada a um vírus que entrava no sistema imunitário e o destruía de forma inexorável deixando os soropositivos mais expostos a doenças. Além disso, representou - para o conjunto da população - muito mais que apenas uma doença, tornando-se rapidamente um fenômeno social (SONTAG, 1989).

Não se pode perder de vista que o HIV aparece no mundo justamente no momento em que se discutia liberdade sexual e reivindicava-se o sexo como expressão de liberdade e prazer. Defendia-se o sexo como sinônimo de vida e não por acaso, as primeiras vozes que surgem para tentar explicar ou justificar o aparecimento do vírus são de setores conservadores de instituições religiosas, que associam o vírus a um castigo divino, uma punição pelo excesso da liberdade sexual que se pleiteava (MIRANDA, 2008).

Dito isto, registra-se que os primeiros casos de AIDS foram notificados no Brasil em um momento pós-ditadura e de abertura democrática que também foi considerado um período com maior liberdade sexual. De forma não muito distante, a epidemia de AIDS é marcada pela reorganização e o fortalecimento da sociedade civil, que havia sido perseguida e oprimida durante os anos de ditadura militar, quando muitas pessoas foram assassinadas ou exiladas por reivindicarem liberdade, igualdade e justiça social (MIRANDA, 2008).

A AIDS obrigou a sociedade brasileira a olhar para tudo aquilo que ela insistentemente recusava ver: a desigualdade, o preconceito, a hipocrisia, a falência do sistema de saúde, a incoerência da justiça, a fragilidade das relações pessoais etc. Herbert de Souza destaca que a AIDS no Brasil é apenas a ponta de um grande *iceberg* que escancara a hipocrisia da sociedade e as deficiências do sistema de saúde, sucateado durante os anos de ditadura militar. Em sua época (mas não somente nela), ele ressalta que mais do que um país com AIDS, o Brasil é um país com tuberculose, hanseníase, doença de chagas, malária, esquistossomose e de fome, essa que mata mesmo quem não está doente (MIRANDA, 2008).

Inicialmente a AIDS foi caracterizada como uma doença do Primeiro Mundo e de gente rica. Nos Estados Unidos, os primeiros casos foram diagnosticados em 1981, em homens adultos, brancos, de classe média, os quais viviam nos grandes centros urbanos (RACHID, SCHECHTER, 2017). Depois, passou à condição de epidemia mundial estando vinculada principalmente à pobreza. Da mesma forma, Fonseca et al. (2000, p. 77) aponta que “a epidemia de AIDS no Brasil se iniciou nos estratos sociais de maior escolaridade, com progressiva disseminação para os estratos sociais de menor escolaridade”.

Os primeiros casos de AIDS, no Brasil, foram notificados em 1982, sendo identificados em pacientes do sexo masculino, homossexuais ou bissexuais. Foi somente no final desta década que a comunidade científica reclassificou um enorme contingente de mulheres, antes categorizadas como ‘outros’ (LOUZADA, 2011). Além disso, o HIV proliferou-se inicialmente entre as principais áreas metropolitanas do centro-sul, sendo

disseminado para as diversas áreas do país na primeira metade da década de 80 (CASTILHO, CHEQUER, 1997). Para Fonseca et al. (2000), a epidemia de AIDS no Brasil, após inicialmente atingir as metrópoles, vem apresentando um padrão de crescimento em direção a municípios cada vez de menor tamanho populacional e de menor renda per capita.

Apesar de uma tendência à pauperização da epidemia da AIDS, essa ainda está concentrada, paradoxalmente, nas regiões mais ricas, mas que também concentram os mais altos índices de desigualdade social e exclusão política, econômica e social, como tem se caracterizado as periferias das grandes cidades (LOUZADA, 2011). É possível constatar que a epidemia de AIDS no Brasil experimentou modificações profundas no seu escopo: de marcadamente regional e basicamente restrita a determinados segmentos populacionais, passou a ser crescentemente nacional ao longo do período, trazendo novos desafios às políticas públicas e à ação da sociedade civil (SZWARCOWALD et al. 2000). Fonseca et al. (2000) advertem para o aumento da transmissão heterossexual do HIV, o que corrobora com estudos anteriores que sublinham a heterossexualização ou heterogeneidade da epidemia no Brasil (BASTOS, BARCELLOS, 1995; SZWARCOWALD, BASTOS, CASTILHO, 1998).

Embora ainda haja um número maior de casos notificados em indivíduos do sexo masculino, a velocidade do crescimento da epidemia é, como em outros países, muito maior entre as mulheres do que entre os homens. Ainda assim, as mulheres soropositivas parecem ter menor visibilidade social tanto por parte das organizações não-governamentais de combate à AIDS, como nos serviços públicos. Mesmo nos serviços públicos de saúde, o diagnóstico e o acesso ao tratamento de mulheres ocorrem em estágios mais avançados da doença, quando se compara este grupo à população masculina que recorre a esses serviços (LOUZADA, 2011). Barbosa e Vilella (1996) acreditam que o contexto da nossa cultura sexual transformou em desigualdade as diferenças entre os gêneros.

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, até então, sua presença não havia sido registrada (LOUZADA, 2011). A AIDS não pode mais ser considerada uma doença relacionada a apenas grupos específicos (BRITO, CASTILHO, SZWARCOWALD, 2001; REIS, SANTOS, CRUZ, 2007). Essas transformações resumem a epidemia em quatro tendências principais: feminização, heteriorização, pauperização e interiorização (PARKER, 2000; NASCIMENTO, BARBOSA, MEDRADO, 2005).

Não obstante, a pobreza e a AIDS apresentam-se em um círculo vicioso, uma vez que as más condições de saúde afetam a disseminação do HIV e a AIDS por sua vez intensifica a pobreza. Isso “dificulta ou impede a execução do trabalho e obriga as pessoas a dedicarem parte de sua renda para a atenção à saúde” (LOUZADA, 2011, p. 27) e também pode gerar a exclusão do mercado de trabalho (FERRERIRA, FIGUEIREDO, 2006). Assim, Kass et al. (1994) reconhecem a necessidade de utilização conjunta de indicadores diversos para uma mensuração mais precisa do *status* socioeconômico dos casos.

A Organização Internacional do Trabalho ainda alerta que “a AIDS prospera onde os direitos econômicos, sociais e culturais são violados, bem como onde normas civis e políticas são ignoradas” (OIT, 2010, p. 96). Para Ferreira e Figueiredo (2006), a exclusão traz como consequências as dificuldades materiais e o afastamento do soropositivo do convívio social, prejudicando a autoestima e o acesso a alguns recursos psicossociais para o enfrentamento ao HIV e AIDS. No Brasil, considerando as singularidades de nossa epidemia, relacionar direitos

humanos e AIDS implica compreender o processo de pauperização da epidemia e combater esse tipo de exclusão, que é de natureza econômica e social. (MIRANDA, 2008).

A discriminação também é um obstáculo que afeta, inclusive, a identidade masculina. Pode-se dizer que, ainda hoje, algumas pessoas façam erroneamente a relação entre a soropositividade e orientações sexuais. Para Pascual (2008), aos olhos dos outros, o soropositivo ainda parece ser visto como um pecador sendo punido por uma vida desregrada; e a partir do momento que uma pessoa se revela uma pessoa que vive com HIV, logo tem início os julgamentos sobre sua sexualidade ou mesmo seu modo de viver.

A AIDS é percebida e vivenciada como uma doença do outro, daquele que é visto como estranho, diferente, marginal à sua própria sociedade. Ser diagnosticado “doente de AIDS é um passaporte para o outro lado, numa sociedade dividida entre ‘nós’ e ‘eles’. Mesmo reconhecendo que essa divisão é frágil, e fluida, ela existe e marca os espaços de cada um a partir dela (BESSA, 1997, p. 104 apud PASCOAL, 2008).

Muitas vezes, a discriminação em razão do HIV é somada a outras, acentuando o impacto da doença (BRASIL, 2008). A Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira de 15 a 54 anos de idade (BRASIL, 2011, p. 100) reafirma que “o estigma e a discriminação associados ao viver com HIV ou AIDS, assim como a homofobia, ainda são atuais”. Para Miranda (2008), a discriminação e o preconceito que acompanharam o HIV desde a descoberta do primeiro caso eram e ainda são os grandes responsáveis pela negação de um direito básico e fundamental às pessoas vivendo com HIV: o direito de ter direitos.

As doenças incuráveis sempre alimentam o preconceito social, algumas serviam de motivo, até pouco tempo, para as práticas de segregação social que vitimavam os hansenianos e os infectados com o vírus da tuberculose (COUTINHO, 2006). Sobre as diversas formas de discriminação manifesta, “pode-se dizer, sem exagero, que um dos maiores males que uma pessoa pode sofrer é a perda de sua dignidade” (SOUTO MAIOR, 2002, p. 102).

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 (TARANTOLA, MANN, 1996).

Acerca do conceito de estigma resgata-se que os gregos criaram o termo para fazer referência a sinais corporais com os quais se procurava evidenciar alguma coisa de extraordinário ou mau sobre o *status* moral de quem os apresentava. Os sinais eram feitos com cortes ou fogo no corpo e avisavam que o portador era um escravo, um criminoso ou traidor – uma pessoa marcada, ritualmente poluída, que devia ser evitada, especialmente em lugares públicos (GOFFMAN, 2008). O estigma e a discriminação associados à AIDS frequentemente reforçam, portanto, a ordem social que mantém diferenças e desigualdades sociais pré-existentes como as produzidas pelo sexismo ou pelo racismo (GARRIDO et al. 2007). O estigma e a discriminação, ao desvalorizar o indivíduo, reforçam as iniquidades sociais já existentes (AYRES et al. 2006).

Nesse sentido, não se deve confundir discriminação e preconceito, mesmo que possam estar acompanhados. Preconceito pode ser compreendido por um sentimento latente que seria aquela ideia assumida em consequência da generalização apressada, mas que nem

sempre se traduz em ação. Já a conduta discriminatória é um ato de exteriorização do preconceito. Em resumo, é do preconceito que podem surgir diversas práticas discriminatórias, decorrentes da estigmatização do outro (COUTINHO, 2006). Miranda (2008, p. 18) complementa que “quando o preconceito não excluía automaticamente as pessoas com HIV/AIDS da esfera pública de sociabilidade, condenava-as a uma situação de desvantagem ao rotulá-las de incapazes e improdutivas para a vida social”.

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).

Essa população, atingida em sua autoestima, vítima do medo e da discriminação, deve lutar, não só em relação a uma doença que, no começo, acarretava uma inevitável condenação à morte, como também contra a exclusão social provocada pelo preconceito e a discriminação de que é vítima (PASCUAL, 2008). Logo, é amplamente reconhecido que, para além das dimensões biológicas e individuais do HIV, é a interação de fatores sociais, culturais e políticos, geradores de desigualdades e de exclusão social, que está na base da suscetibilidade à infecção pelo vírus (BRASIL, 2011).

Reforça-se a isso que a Constituição Federal de 1988, em seu Preâmbulo, dispõe que o Estado Democrático instituído destina-se a “assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais, a liberdade, a segurança, o bem-estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça, como valores supremos de uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos”. Já nos seus incisos III e IV do artigo 1º, trata como fundamento do estado democrático de direito a dignidade da pessoa humana, bem como objetivos fundamentais promover o bem sem preconceitos ou quaisquer outras formas de discriminação. Mas é sabido que, mesmo com esforços constitucionais, problemas como a discriminação, a falta de bem-estar e a desigualdade ainda são enfrentados pelos soropositivos em seu viver.

A sexualidade e a normalidade em “risco”

A AIDS foi apresentada como relacionada a ‘grupos de riscos’, depois aos ‘comportamentos de risco’, passando para ‘situação de risco’ e, finalmente, para o conceito de ‘vulnerabilidade’. Sendo assim, no início da epidemia, a imagem da AIDS foi fortemente vinculada à homossexualidade masculina, o que levou a doença a ser chamada, num primeiro momento, de ‘peste gay’ ou ‘câncer gay’. Por este motivo, trouxe preconceitos e radicalismos por parte de alguns e, ao mesmo tempo indiferença, por parte dos que não se viam pertencentes ao grupo citado (BRASILEIRO, FREITAS, 2006; LOUZADA, 2011).

Para Cordeiro e Pinto (2008) o conceito de ‘grupos de risco’ também estava associado a prostitutas, a dependentes químicos e a hemofílicos. Tal associação disseminou a falsa noção de que as pessoas não pertencentes a esses ‘grupos’ estariam ‘a salvo da ameaça’ e reforçou preconceitos e estigmas. A suposta seletividade da doença para com um determinado grupo ou um determinado modo de viver e o uso da expressão ‘grupo de risco’, embora comum no âmbito da epidemiologia, marcaria de forma indelével a construção social e histórica da AIDS (BARBARÁ, SACHETTI, CREPALDI, 2005).

Assim, elementos da pretensa realidade vivida por estes grupos comportaria a promiscuidade, a imoralidade, o vício e a transgressão (BARBARÁ, SACHETTI, CREPALDI, 2005). Esse fato faz pensar na normalização dos corpos (FOUCAULT, 2000), em que tanto o corpo quanto a sexualidade são tomadas como algo a ser regularizado dentro das normas sociais. Neste caso, a normatização é baseada em uma sociedade androcêntrica, branca, religiosa e de classe média (FOUCAULT, 2011), que condena sujeitos que têm seus corpos marcados pela diferença, seja ela de classe, de raça ou de uma expressão da sexualidade.

A ideia de ‘grupos de risco’ desencadeou várias respostas da sociedade da época, entre elas a de que as pessoas que ‘adquirem a doença’ são pessoas que ‘merecem’ ou ‘procuram’ e que a doença nada mais é do que um ‘castigo de Deus’ (PADOIN, 1999; SCHAURICH, PADOIN, 2004). Esse entendimento foi parcialmente abandonado ao se adotar o conceito de ‘comportamento de risco’, já que, em tese, qualquer um pode vir a ser afetado pela epidemia. Louzada (2011, p. 29) faz uma crítica ao novo termo: “tratava-se de vincular a possibilidade de infecção aos comportamentos e atitudes individuais, o que, apesar da mudança, ainda trazia um peso grande, pois continuava contribuindo para culpabilizar os soropositivos”.

Com a entrada cada vez mais determinante das Ciências Sociais no campo médico formulou-se outra categoria: a ‘vulnerabilidade’. Esse conceito aponta através de graus diferenciados a população que está mais vulnerável, no caso à infecção pelo HIV (LOUZADA, 2011). Afinal, a utilização da palavra ‘risco’ isoladamente, da expressão ‘situações de risco’ em si ou similares, nos termos epidemiológicos, não dá conta da realidade complexa da transmissão e infecção pelo HIV.

Logo, a vulnerabilidade “é o resultado de uma situação social de risco que envolve todas as pessoas, trazendo para reflexão, o que significa ser vulnerável à AIDS” (SCHAURICH, PADOIN, 2004, p. 104). Ela depende do contexto social mais abrangente: moradia, informação, classe social, acesso aos serviços de saúde, comportamentos coletivos, aspectos culturais específicos de cada realidade e aspectos biológicos. A categoria envolve aspectos coletivos, o que aproxima mais esta construção da realidade e, além disso, inclui como determinante a avaliação da cada vez mais necessária preocupação governamental em termos de práticas de políticas públicas com relação à AIDS. Assim sendo, pode-se afirmar que “a responsabilidade pessoal é a antítese da vulnerabilidade” (PARKER, 2000).

Após esse panorama, resgata-se que, embora, desde 1973, a homossexualidade tenha sido descaracterizada como doença, distúrbio ou perversão pelo DSM - *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, desenvolvido pela Associação Americana de Psiquiatria –, ainda há uma forte relação da medicina com o processo de anomalização do comportamento homoafetivo. Essa tentativa ocorre tanto nos resquícios daquilo que havia sido pautado, quanto no que se produziu na tentativa de reverter a alteração do Manual para tentar conceber novamente a homossexualidade como uma patologia, prejudicando o avanço das políticas públicas em relação ao HIV.

Ao não perder de vista que as relações de poder entre diferentes instituições é parte da conjuntura dominante e no intuito de manter uma ‘ordem’ social, um jogo de poderes tem se intensificado no cenário político por meio de representantes ultraconservadores que carregam consigo bandeiras religiosas, nacionalistas, patriarcais etc. Assim, “essa emergência do poder de normatização, a maneira como ele se formou, a maneira como ele se instalou, sem jamais se apoiar em uma só instituição, mas pelo jogo que consegue estabelecer entre as diferentes instituições, estendeu a sua soberania em nossa sociedade” (FOUCAULT, 2011, p. 23).

Os limites entre o que não é legitimado juridicamente e a loucura também foram abordados pelo autor. Isso permite que as noções médicas passem a funcionar no campo do poder judiciário o que sustenta o poder médico-judiciário sob a alegação do perigo destes anormais à sociedade, ou seja, com a sobreposição de diferentes pontos de poder.

Em se tratando da soropositividade, apesar de um diagnóstico objetivo, diferente da concepção psiquiátrica, a medicina de alguma forma passa a se relacionar com a sexualidade na consolidação do ‘anormal’. Isso é perceptível já que o diagnóstico de tantas doenças que poderiam ser induzidas por comportamentos tidos como de “risco”, não provoca a relação com a culpa como o HIV é capaz de despertar. Para Foucault (2011, p. 36), a determinação da categoria do anormal se constitui no poder de normatização e faz com que o poder judiciário e o saber psiquiátrico venham a se constituir como instância de controle do anormal.

Assim sendo, ficam estabelecidas normas efetivas de limite da normalidade e, por sua vez, instâncias de docilização. Essas instâncias são responsáveis por fazer seguir a norma para não pôr em risco o padrão desejável de comportamentos que, seguindo esse raciocínio, corromperia com a ordem da sociedade. Da mesma forma, o diagnóstico do soropositivo passaria a estabelecer esse sujeito como alguém que teria ultrapassado o limite da normalidade, uma vez que a sua conduta desviante aparece como a ‘causa’ da doença. Não obstante, a estrutura deste poder:

[...] se exerce sobre os loucos, sobre os doentes, sobre os criminosos, sobre os desviantes, sobre as crianças, sobre os pobres [e descreve] os mecanismos de poder que se exercem sobre eles como mecanismos e efeitos de exclusão, de desqualificação, de exílio, de rejeição, de privação, de recusa, de desconhecimento (FOUCAULT, 2011, p. 37-38).

Ou seja, não aceitar ou não se adequar a essa norma social estabelecida implicara no poder negativo, pautado pela exclusão, já que o anormal por si só, pela sua significação social, coloca em questão as diretrizes da sociedade. Essas diretrizes, ao serem contestadas, produzem uma reação dos movimentos dominantes, 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 agem 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, a 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 norma, 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 concebidas. Qualquer fuga à regra, ou à postura que implica numa possibilidade de repensar a norma, costuma ser o que se chama de anormal – longe da norma – e os casos mais extremos deste ‘desvio’, o que o autor descreve como sendo o ‘caso dos monstros’. Assim, há de se lançar holofotes às figuras dos monstros e anormais para que se possam 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.

Foucault (2011) também descreve conceitualmente ‘Os três monstros’. Ou seja, o primeiro dos monstros é o monstro humano, cuja noção de monstro é essencialmente uma noção jurídica e se refere ao sujeito cuja qualidade dos crimes beira à barbárie. O segundo monstro é o indivíduo a ser corrigido; uma figura específica que existe no jogo de conflito entre a família com as instituições e representa uma afronta à norma. E, por fim, o terceiro monstro é o masturbador, como representante dos poderes que se investe ao corpo dos indivíduos e que são omitidos, mostrando o lado privado do deleite monstruoso da perversão. Em todos os casos o aspecto da sexualidade é marcado, seja como justificativa de uma conduta criminal, seja no conflito cotidiano que carece de correções, seja no despertar de condutas individuais ligadas à sexualidade que agora passam a ser de controle das instituições. A sexualidade “está exatamente na encruzilhada do corpo e da população. Portanto, ela depende da disciplina, mas depende também da regulamentação” (FOUCAULT, 2000, p. 300). No caso da soropositividade, a culpa e a punição vêm revestidas, muito embora com uma clara finalidade de prover segurança em saúde, no acúmulo de regras, de pontos de cerceiam a liberdade sexual de quem agora é visto como ‘uma infecção possível’ e, portanto, equivocadamente um risco para a sociedade.

Na teoria, esses três monstros formam o que ele chama de genealogia da anomalia humana que “se formará quando houver sido estabelecida uma rede regular de saber e de poder que reunirá, ou investirá, de acordo com o mesmo sistema de regularidades, essas três figuras” (FOUCAULT, 2011, p. 52). Essa concepção de monstro justifica o surgimento do monstro moral, que vem acompanhado 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, especialmente, a igreja dava ao advento do HIV em relação ao público homossexual com o apoio de muitos centros de pesquisa científica. Tinha-se a construção de que essa ‘peste gay’ havia sido enviada por Deus como uma espécie de punição por uma (suposta) perversão sexual. Essa explicação normatizante da doença ainda não foi totalmente diluída e garantiu aos soropositivos, especialmente das últimas décadas, uma associação *a posteriori* com aquilo que Foucault descreve como sendo a figura do monstro.

Na ‘nova economia dos mecanismos de poder’, há um abandono do rito em prol da criação de mecanismos de vigilância e controle e o punir passa a ser usual e no quanto for necessário. Neste sistema, o autor chama a atenção para a passagem do monstro ao anormal, essa última agora muito atrelada a um saber-poder médico que deriva dos avanços das ciências em prol de explicações sobre os ‘fenômenos da perversidade’. O instinto, incluído no jogo de poder-saber, permite “transformar cientificamente a ausência da razão de um ato em um mecanismo patológico positivo” (FOUCAULT, 2011, p. 118). Neste sentido, as relações “vão se tornando, em suas perturbações internas, o domínio de investigação, o ponto de decisão, o lugar de intervenção do psiquiatra” (FOUCAULT, 2011, p. 125) e, por conseguinte, o trato da loucura ainda sob modelos generalizados e de encadeamento da psiquiatria.

Há mudança na teoria psiquiátrica ao longo da história, o que leva a compreensão da loucura global à loucura voluntária e involuntária (ou relacionada ao sintoma), até a explosão sintomatológica, que é aquilo que Foucault (2011) chama de ‘criação da norma’, o que vai dar origem à tecnologia da anomalia. Sob essa construção da norma, e conseqüentemente daquilo

que se distancia ao normal, o autor faz referência à construção do exército dos anormais. Para ele, “é assim que a peça é pregada. O grande bicho-papão do fim da história tornou-se o Pequeno Polegar, a multidão de Pequenos Polegares anormais pelos quais a história vai agora começar” (FOUCAULT, 2011, p. 140). Será a ampla disseminação do HIV um indício deste efeito de abrangência da “anormalidade” a tal ponto em que passe a ser desmistificada?

A construção deste ‘exército dos anormais’, destarte, vai ter 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. Neste aspecto, a confissão sacramental era um “procedimento perfeitamente codificado, perfeitamente exigente, altamente institucionalizado, da revelação da sexualidade” (FOUCAULT, 2011, p. 145) pelo controle dos desejos individuais.

Nesta conjectura, o anormal, que é aquele cujos desejos sexuais são latentes, se aproxima de uma característica como que diabólica, uma vez que entram em cena os fenômenos da possessão, feitiçaria e da convulsão. Assim, significa dizer que não há pacto selado num ato, mas uma invasão, uma insidiosa e irresistível penetração do diabo no corpo. Já no caso da feitiçaria, se articula de forma dual, com o diabo de um lado e a feiteiceira de outro, unidos por um pacto. E, por último, a convulsão surge como um mecanismo de controle no sentido de apresentar a criação dos mecanismos, “os grandes anticonvulsivos” (FOUCAULT, 2011, p. 187), que são as regras de discricção, ou melhor, a criação de um estilo, ou imperativos de retórica, que se impõe nas regras de confissão exaustiva. Essa confissão, contudo, começa a ser transferida à medicina já que a igreja se concentra nas aparições, ficando distantes do contato com a carne. Ainda, 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 poderia prevenir não só a gravidez como a infecção por HIV.

A sexualidade é um dos “instrumentos de troca que permitiram deslocar a criança do meio da sua família para o espaço institucionalizado e normalizado da educação” (FOUCAULT, 2011, p. 224). Nessa institucionalização se dá a docilização dos corpos, que propõe uma educação normatizadora e correspondente a um padrão dominante cuja referência médica é inscrita e legitimada pelas práticas judiciais, de Estado e religiosas, distanciando o papel da família nas relações de educação.

A psiquiatria do século XIX, somando aos seus estudos os aspectos relacionados à hereditariedade, vem para solidificar uma nosografia das síndromes, dos delírios e dos estados e, nesta concepção, o “estado é um verdadeiro discriminante radical” (FOUCAULT, 2011, p. 273). Neste sentido, 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, por vezes pode conduzir a efeitos pejorativos quanto ao entendimento da transmissão da doença.

Considerações finais

Analisar a sociedade atual à luz da teoria foucaultiana permite descrever os processos históricos de organização dos poderes sociais instalados, solidificados ou naturalizados através das práticas institucionais, sejam elas médicas, familiares, jurídicas ou de Estado. Ademais,

aspectos pontuais de certas posturas do Estado e as perspectivas atuais das instituições também devem ser avaliados, mesmo que as bases que consolidam os anormais permaneçam inalteradas.

Embora os dados da recorrência de AIDS venham aumentando, o Brasil sofre mudanças significativas em sua estrutura previdenciária e de seguridade social e não parece estar preocupado como poderia/deveria com essa pandemia. Afinal, essas mudanças afetam a população brasileira de maneira significativa e podem trazer à tona uma letalidade tão grande quanto à da AIDS dos anos 1980.

Ainda hoje se questionam os direitos (humanos) adquiridos por diversos grupos sociais e também se percebe uma retomada no processo de moralização e de tentativa de constituição da norma aos moldes católicos burgo-capitalistas. Os direitos dos homossexuais – por exemplo – vêm sendo atacados e novamente se levanta a ‘bandeira da normalidade’ quando se há propostas no parlamento para falar sobre ‘cura gay’ (GAMA, 2019). É possível perceber que os esforços de manutenção da normativa heterossexual assume politicamente uma interferência no comportamento privado dos sujeitos em prol dos seus múltiplos interesses, ao mesmo tempo em que sustenta e reforça a construção dos preconceitos em torno das pessoas que não seguem esta lógica e passa a forçar a estes como se fossem ‘anormais’.

Com dada urgência, nos cabe à tarefa de criar um corpo de pensamento sobre sexualidade que seja preciso, humano e genuinamente libertário, para que estas e outras tantas pejorativas inferências possam ser desfeitas. Por isso, esses temas precisam ser explicitados e discutidos como pontos de um tensionamento social ainda não esgotado. Isto é, torna-se cada vez mais essencial problematizar essas (re)construções no sentido de desarranjar as concepções naturalizadas acerca destes conceitos. O que também inclui continuar pesquisando as rotulações acerca do HIV, em conjunto com outros grupos minorizados. Afinal, há uma discussão da compreensão do estigma que implica os debates de classe social, por exemplo, que podem vir a ser mais exploradas em estudos futuros.

O desafio atual de pensar os dilemas acerca do HIV diz respeito à compreensão de uma recolocação no conceito de ‘anormais’ no significado de perceber como a transitoriedade de sentido vai acumulando novas marcas e, por vezes, abandonando outras. Ou seja, se no início da epidemia de HIV no país, a questão central que constituía a figura do anormal era a da sexualidade, será que ela se manteve alocada nas classes sociais mais altas, por exemplo?

Ainda se percebe resquícios bastante sólidos dos conceitos de grupos e comportamentos de riscos e que esses entendimentos de criminalização dos soropositivos não foram completamente abandonados. Pode-se suscitar a reflexão de que há uma incorporação da nomenclatura do ‘anormal’ nos próprios soropositivos. Isto é, pode haver um efeito da concepção do anormal não só do olhar do outro, como da punição de si mesmo, que, por sua vez, pode ser um efeito da absorção inconsciente de um olhar social que é introjetado. Logo, a incorporação da norma pode ser mais prejudicial para a própria pessoa soropositiva pelo olhar ‘anormal’ que lança a si mesmo e por acreditar não fazer parte da ‘sociedade normal’.

Por fim, destaca-se que o ‘fazer refletir’ também é uma forma de intervenção social e o ato de abordar temas ‘marginalizados’ é uma alternativa na desestigmatização de temas transgressores que ainda estão encobertos pela sociedade. A ignorância e o desconhecimento são elementos que geram o preconceito, exclusão e atos discriminatórios e, por isso, temas como HIV precisam cada vez mais pautar as discussões dos diferentes espaços sociais como a academia, as instituições de ensino e as empresas.

Referências

- AYRES, J. R. de C. M.; PAIVA, V.; FRANÇA Jr, I.; GRAVATO, N.; LACERDA, R.; DELLA NEGRA, M.; MARQUES, H. H. de S.; GALANO, E.; LECUSSAN, P.; SEGURADO, A. C.; SILVA, M. H.. 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, jun. 2006.
- BARBARÁ, Andréa; SACHETTI, Virginia Azevedo Reis; CREPALDI, Maria Aparecida. Contribuições das representações sociais ao estudo da aids. **Interação em Psicologia**, Curitiba, v. 9, n.2, dez. 2005.
- BARBOSA, Regina Maria; VILLELA, Wilza Viera. A trajetória feminina da AIDS. In: PARKER, R.; GALVÃO, J. (Org). **Quebrando o silêncio: mulheres e AIDS no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/ABIA/IMS-UERJ, 1996, p. 17-32.
- BASTOS, Francisco Inácio; BARCELLOS, Christovam. Geografia social da AIDS no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 52-62, fev. 1995.
- 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**, Brasília: Ministério da Saúde, 2008, p. 168.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira. **Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira de 15 a 64 anos 2008**, Brasília – DF, 1ª edição, 2011. BRASILEIRO, Marislei; FREITAS, Maria Imaculada de Fátima. Representações sociais sobre aids de pessoas acima de 50 anos de idade, infectadas pelo HIV. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 5, p. 789-795, out. 2006.
- BRITO, Ana Maria de; CASTILHO, Euclides Ayres de; SZWARCOWALD, Célia Landmann. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. **Revista da sociedade brasileira de medicina tropical**, Uberaba, v. 34, n. 2, p. 207-217, abr. 2001.
- CARVALHO, Carolina Maria L.; BRAGA, Violante Augusta B.; GALVÃO, Marli Teresinha G. AIDS e saúde mental: revisão bibliográfica. **DST – Jornal Bras. Doenças Sex. Transm.**, Niterói, v. 16, n. 4, p. 50-55, 2004.
- CASTILHO, Euclides Ayres; CHEQUER, Pedro. **Epidemia da AIDS no Brasil: Situação e Tendências**. Coordenação de DST e AIDS, Brasília: Ministério da Saúde, 1997.
- CECCATO, Maria das Graças B.; ACURCIO, Francisco A.; BONOLO, Palmira de Fátima; ROCHA, Gustavo M.; GUIMARÃES, Mark D. C.. Compreensão de informações relativas ao tratamento anti-retroviral entre indivíduos infectados pelo HIV. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1388-1397, set./out. 2004.

CORDEIRO, Ivana Drummond; PINTO, Ângela Pires. Aids e deficiências: os direitos humanos como interface. In: Brasil. **Direitos Humanos e HIV/Aids**: avanços e perspectivas para o enfrentamento da epidemia no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids., 2008, p. 97-112.

COUTINHO, Maria Luiza Pinheiro. **Discriminação no trabalho**: mecanismos de combate à discriminação e promoção de igualdade de oportunidades. Brasília: OIT, 2006.

FERREIRA, Rosana C. M.; FIGUEIREDO, Marco Antonio C. Reinserção no mercado de trabalho. Barreiras e silêncio no enfrentamento da exclusão por pessoas com HIV/AIDS. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 39, n. 4, p. 591-600, dez. 2006.

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

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade I**: a vontade de saber. Tradução de Maria Thereza da Costa de Albuquerque e J.A. Guilhon Albuquerque. Rio de Janeiro. Edições Graal, 1988.

FOUCAULT, Michel. **Em defesa da sociedade**: Curso no Collège de France (1975 - 1976). SP: Ed. Martins Fontes, 2000.

FONSECA, Maria Goretti; BASTOS, Francisco Inácio; DERRICO, Monica; ANDRADE, Carla L. Tavares de; TRAVASSOS, Cláudia; Szwarcwald, Celia Landmann. AIDS e grau de escolaridade no Brasil: evolução temporal de 1986 a 1996. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, Supl. 1, p. 77-87, 2000.

GAMA, Maria Clara Brito da. Gay cure? Parliamentary debates on the (de) pathologization of homosexuality. **Sexualidad, Salud y Sociedad**, Rio de Janeiro, n. 31, p. 4-27, abr. 2019.

GARRIDO, Pedro B.; PAIVA, Vera; NASCIMENTO, Vanda L. V. do; SOUSA, João B.; SANTOS, Naila J. S.. Aids, estigma e desemprego: implicações para os serviços de saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, Supl. 2, p. 72-79, dez. 2007.

GOFFMAN, Erving. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4 ed. Rio de Janeiro: LCT, 2008.

KASS, Nancy E.; MUÑOZ, A.; CHEN, B.; ZUCCONI, S. L.; BING, E. G.. Changes in employment, insurance, and income in relation to HIV status and disease progression. The Multicenter AIDS Cohort Study. **Journal of acquired immune deficiency syndromes**, v. 7, n. 1, p. 86-91, jan. 1994.

LOUZADA, Shênia Soraya Soares. Revisitando a história da epidemia da Aids: O fenômeno da feminização. **Ethnic: Revista Brasileira de Estudos Interculturais**, n. 15, p. 23-39, 2011.

MIRANDA, Adriana Andrade. Aids e cidadania: avanços e desafios na efetivação do direito à saúde de soropositivos. In: Brasil. **Direitos Humanos e HIV/Aids**: avanços e perspectivas para

o enfrentamento da epidemia no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids., 2008, p. 9-24.

MONTEIRO, Simone; VILLELA, Wilza Vieira; KNAUTH, Daniela. Discrimination, stigma, and AIDS: a review of academic literature produced in Brazil (2005-2010). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 170-176, jan. 2012.

NASCIMENTO, Ana Maria Guedes do; BARBOSA, Constança Simões; MEDRADO, Benedito. Mulheres de Camaragibe: representação social sobre a vulnerabilidade feminina em tempos de AIDS. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 5, n. 1, p. 77-86, jan./mar. 2005.

Organização Internacional do Trabalho – OIT. Repertório de recomendações práticas da OIT sobre o HIV/Aids e o mundo do trabalho [Programa da OIT sobre HIV/AIDS e o Mundo do Trabalho], 3 ed., 2010. Brasília: OIT, 2010.

PADOIN, Stela Maris de Mello. Em busca do estar melhor do ser-familiar e do ser-com AIDS. In: PROCHNOW, Adelina Giacomelli; PADOIN, Stela Maris de Mello; CARVALHO, Vivina Lanzarini de. **Diabetes e AIDS: a busca do estar melhor pelo cuidado de enfermagem**. Porto Alegre: Pallotti, 1999. p. 208.

PARKER, Richard Guy. **Na contramão da AIDS: sexualidade, intervenção, política**. São Paulo: Editora 34, 2000.

PASCUAL, Alejandra. Preconceito e discriminação: violências não visíveis contra os portadores de HIV/aids no Brasil. In: Brasil. **Direitos Humanos e HIV/Aids: avanços e perspectivas para o enfrentamento da epidemia no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids., 2008, p. 40-55.

RACHID, Marcia; SCHECHTER, Mauro. **Manual de HIV/aids**. Thieme Revinter Publicações LTDA, 2017.

REIS, Ana Cristina; SANTOS, Elizabeth Moreira dos; CRUZ, Marly Marques da. A mortalidade por aids no Brasil: um estudo exploratório de sua evolução temporal. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 16, n. 3, p. 195-205, set. 2007.

SCHAURICH, Diego; PADOIN, Stela Maris De Mello. Do cuidado da mulher: questões de gênero e sua incorporação no contexto do HIV/AIDS. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 101-108, abr. 2004.

SONTAG, Susan. **AIDS e suas metáforas**. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.

SOUTO MAIOR, Jorge Luiz. O direito do trabalho e as diversas formas de discriminação. **Revista do Tribunal Superior do Trabalho**, Porto Alegre, v. 68, n. 2, p. 97-102, abr./jun. 2002.

SZWARCWALD, Celia Landmann; BASTOS, Francisco Inácio; ESTEVES, Maria Angela Pires; ANDRADE, Carla L. Tavares de. A disseminação da epidemia da AIDS no Brasil, no período de 1987-1996: uma análise espacial. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 7-19, 2000.

SZWARCWALD, Celia Landmann; BASTOS, Francisco Inácio; CASTILHO, Euclides Ayres de. The dynamics of the AIDS epidemic in Brazil: a space-time analysis in the period 1987-1995. **The Brazilian Journal of Infectious Diseases**, São Paulo, v. 2, n. 4, p. 175-186, 1998.

TARANTOLA, Daniel J. M.; MANN, Jonathan M. Global expansion of HIV infection and AIDS. **Hospital Practice**, v. 31, n. 10, p. 63-79, 1996.

UNAIDS. Brasil. **Estatísticas**. Sobre AIDS. Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS, 2020. **UNAIDS**. Disponível em: <<https://unaid.org.br/estatisticas/>>. Acesso em: 27 julho 2020.