

\* Artigo Original

## **Regulamentação e HIV/AIDS: alcances e consequências na relação social imaginária**

**Leila Martina Passerino**

Universidad Nacional de Entre Ríos. Instituto de Investigaciones Gino Germani / Universidad de Buenos Aires Licenciante in Social Communication by the Facultad de Ciencias de la Educación de la Universidad Nacional de Entre Ríos (FCEDU-UNER). Doctoral student at CONICET for Social Sciences at the Universidad de Buenos Aires, making her work at the Instituto de Investigaciones Gino Germani (IIGG-UBA).

leilapasse@hotmail.com

DOI: 10.3395/reciis.v6i4.665pt

---

### **Resumo**

O artigo indaga e analisa a construção imaginária da infecção de HIV. Os ideais sociais, a condição de possibilidade e representatividade de nossa ordem social (Castoriadis, 1975) operam com consequências históricas e sociais. Neste sentido, é feita uma reflexão não só sobre os processos de regulamentação que configuram a relação imaginária da enfermidade, como também sobre alguns alcances e consequências a partir de três mecanismos fundamentais: o domínio da sexualidade e o lugar de destaque que ocupa a 'família'; a distribuição e a organização espacial dos consultórios ou áreas de Doenças de Transmissão Sexual e AIDS em hospitais públicos; o discurso biomédico da prevenção.

Esses componentes permitem considerar o diagnóstico de HIV como o caso mais completo do projeto normativo, com consequências materiais para quem vive com a infecção. A estigmatização como descrédito social (GOFFMAN, 1963) e a discriminação constituíram-se em formas privilegiadas de viabilizar esses casos e processos.

Para a pesquisa, foram realizadas entrevistas com jovens entre 18 e 35 anos (a quem são geralmente destinadas as campanhas de prevenção) e representantes do discurso biomédico de hospitais públicos e das cidades de Santa Fé e Paraná (Argentina), como atores fundamentados da relação comunidade/saúde.

**Palavras-chave:** HIV; Ideais; Regulamentação; Discurso; Estigmatização.

### **Introdução**

A infecção por HIV/AIDS pode ser considerada a *doença de nossa época* (HORISCH, 2006). Antes, havia aquela tendência romântica da tuberculose, ou a vergonhosa sífilis, como patologias características de outros tempos. Entretanto, o que apoia, o que intermedia, o que entre milhares e milhares de patologias implica essa forma particular de atenção?

A *patologia* é considerada como interseção discursiva sobre a qual se configura uma gramática do normal e do patológico, do permitido e do sancionado, do descontínuo e do incessante. A doença mergulha em significados, parafraseando a polêmica Susan Sontag (2003), e no futuro se forma uma disposição para perceber, para atuar, para intervir.

Com base nesses pressupostos, indaga-se sobre alguns processos de regulamentação (CANGUILEM 2005; FOUCAULT, 1991, 1998, 2008) que configuram a relação ideal do HIV/AIDS e que intervêm ativamente em práticas de ordem cotidiana. Propõe-se, portanto, observar alguns pontos normativos que, longe de serem alheios à "patologia", registram-se como formas de construção social, política e cultural da infecção.

O artigo realiza uma jornada sobre a noção de *imaginários sociais* e os debates em torno do normal e do patológico, ligada aos processos de regulamentação e sua relação com o discurso biomédico. Aborda o tratamento que as ciências sociais deram para problematizar a doença, os enfoques que foram priorizados e os marcos teóricos que se construíram para propiciar o conhecimento e a compreensão do fenômeno. Finalmente, foram viabilizados alguns mecanismos a partir dos quais o projeto normativo entra em vigor e participa ativamente na delimitação do normal/patológico, assim como na configuração da relação imaginária com a doença. Neste quadro, a participação dos processos de estigmatização e discriminação é explicada como formas privilegiadas e dispositivos por excelência de sanção, penalidade ou delimitação da norma.

A pesquisa foi realizada durante os anos 2010 e 2011, como parte de uma tese de graduação para a obtenção do grau de Licenciatura em Comunicação Social (FCEDU/UNER). Para tal, foram realizadas entrevistas aprofundadas com profissionais que trabalham em hospitais públicos das cidades de Santa Fé e Paraná (Argentina), sendo considerados atores fundamentais da relação comunicação/saúde, e com jovens com idades entre 18 e 35 anos, para quem estão geralmente destinadas as campanhas de prevenção da infecção.

### **Imaginários sociais e sua relação com os processos de saúde/doença**

O conceito 'imaginário' tem sido tratado por diferentes disciplinas, por autores de formação acadêmica variada. Sem desconhecer os processos teóricos heterogêneos pelos quais passou este conceito, a pesquisa concentra-se na definição desenvolvida pelo filósofo e psicanalista grego Cornelius Castoriadis. A partir da teoria política e de uma abordagem crítica do marxismo, em 1975 ele escreve uma de suas obras mais reconhecidas, *A instituição imaginária da Sociedade*, e em toda sua trajetória não abandonará a concepção do *imaginário* como aquela dimensão de indeterminação última de toda a importância.

O *imaginário*, tal como entende Castoriadis, não se concebe como imagem de um plano diferenciado do 'real'. Em uma discussão explícita com a psicanálise laciana, o autor afirmar que:

O que chamo de imaginário não tem nada a ver com as representações que circulam atualmente sob esse título. Em particular, não têm nada a ver com o que é apresentado como 'imaginário' por correntes psicanalíticas: o 'especular', que não é evidentemente mais que imagem *de*, imagem refletida, dito de outra forma, *reflexo* (...) O Imaginário de que estou falando não é imagem *de*. É criação incessante e essencialmente indeterminada

(histórico social e psíquico) de figuras/formas/imagens, a partir das quais somente se pode tratar de 'alguma coisa' (CASTORIADIS, 2007, p. 11 y 12).

O imaginário social, compreendido pelas *importâncias sociais imaginárias* reunidas em um *magma de importâncias* (excesso de importância), posicionar-se-á como o fundamento limitado sobre o qual se desenvolve, se pensa *o todo social*. Se os imaginários repousam sobre a indeterminação das importâncias sociais, sua materialização far-se-á presente nas ações das instituições da sociedade; trata-se de uma importância eficaz com consequências históricas e sociais. Nesta perspectiva, considerar os imaginários sociais das doenças não fica reduzido a um ato de pensamento individual; os significantes são estabelecidos de certa forma no produto de um coletivo social, impessoal e anônimo. Esta premissa implica em que a sociedade, através de suas instituições, se estabelece como condição de possibilidade e representatividade de nossa ordem social, embora a mesma não a reconheça – Castoriadis se refere aqui a uma condição *imaginária*.

As patologias, a partir do reconstruído, podem ser pensadas como uma rede complexa de símbolos atribuídos, produto do magma de importâncias imaginárias. Questionar este caminho pelos imaginários sociais do HIV/AIDS supõe considerar os elementos capazes de dar entidade discursiva à infecção e, com isso, as formas em que a sociedade lhe dá existência, intervém institucionalizando práticas e configurando dispositivos para seu tratamento.

## **O HIV/AIDS hoje a partir das ciências sociais**

As pesquisas em ciências sociais não são alheias à relação entre doença e processos socioculturais. Os imaginários sobre o HIV/AIDS têm incidido na compreensão da doença e nos enfoques que prevaleceram. Sua consideração como uma das maiores pandemias da história, apresentada como 'nova'<sup>1</sup> e com incidência em nível mundial, aumentou o interesse de posicionar a infecção como objeto de estudo. Neste contexto, as ciências sociais constituíram-se como um componente necessário para pensar categorias e construir marcos teóricos que permitissem dar conta dos processos que incidiam de maneira decisiva na compreensão desse fenômeno. Assim, foram multiplicados os estudos etnográficos behavioristas, os de gênero, a análise do discurso das campanhas de prevenção, os estudos sobre subjetividades, as pesquisas em saúde mental e sobre as novas ferramentas epidemiológicas, entre outros.

Segundo Claudio Bloch (2010), ex-Diretor da AIDS e ETS do Ministério da Saúde da Nação Argentina, nos estudos antropológicos, sociológicos e psicológicos anteriores, ficaram evidenciados dois momentos. O primeiro compreenderia o surgimento dos primeiros casos de AIDS no início da década de 80 até o surgimento da medicação antirretroviral<sup>2</sup> de alta eficácia no ano de 1996. Nessa época, as pesquisas concentraram-se na concepção de uma doença infecciosa e transmissível (BLOCH, 2010). O discurso médico nesse período só confirmava um diagnóstico, apresentando-o como uma espécie de 'sentença de morte'. A mensagem era sumamente restritiva, incutia medo e uma necessidade imperiosa de evitar quem era portador do vírus. Como consequência, associava-se uma condição criminal a quem convivia com a

---

<sup>1</sup> Em 1981 foram identificados os primeiros casos de deficiências do sistema imunológico associado a um mesmo agente – então desconhecido. Em 1982 foram definidas pela primeira vez a Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e as formas de transmissão. No ano de 1983 é identificado o Vírus de Imunodeficiência Humana (HIV) como agente causador da infecção.

<sup>2</sup> Os medicamentos antirretrovirais são utilizados para o tratamento e para a prevenção da infecção por HIV. Agem contra o HIV detendo e obstruindo a reprodução do vírus no organismo.

doença. As consequências desse discurso foram facilmente previsíveis. O isolamento, as condutas discriminatórias e a estigmatização começaram a ser quase parte constitutiva da vida dos que conviviam com o HIV/AIDS.

Um segundo momento parte do advento e da utilização da medicação antirretroviral como a principal forma de diminuir a progressão da doença. A incorporação destas drogas de alta eficácia constituiu um ponto decisivo para o tratamento da infecção, tanto no diagnóstico, prognóstico e terapêutica da doença – a partir de uma visão biomédica – como nos diversos enfoques e pesquisas propostas pelas ciências sociais. Nesta última perspectiva, os estudos sobre HIV/AIDS foram iniciados com a análise das características das doenças crônicas e os problemas de convivência com a doença (BLOCH, 2010). Além disso, houve uma constância nos estudos sobre a implicação das relações sociais na configuração de práticas sobre o tratamento e o cuidado da doença; as relações e consequências do estigma e a discriminação do portador de HIV/AIDS; as estruturas cognitivas e a experiência da doença; a democratização das práticas em saúde, entre outros.

Uma das características desses estudos, centrados fundamentalmente na segunda etapa, foi a forte ênfase nas questões referentes à prevenção da doença. Destacamos que o HIV/AIDS é uma infecção de transmissão, o que o conhecimento e a incorporação de condutas preventivas, baseadas nas vias de transmissão – via parental, via sexual e via vertical –, pode torná-la evitável. “A grande maioria desta produção enfatizou *os problemas associados à prevenção e às mudanças de comportamento necessárias para o controle da doença*”<sup>3</sup> (RECORDER, 2010, apud BLOCH 2010, p.22).

Da mesma forma que diversos estudos e pesquisas em ciências sociais propõem a importância de um discurso associado à prevenção, o discurso biomédico, por outro lado, enfatiza sua precariedade como um dos motivos pelos quais a quantidade de pessoas infectadas aumenta. É preciso observar, assim, uma alternativa, a qual retomaremos em parágrafos posteriores com o objetivo de problematizar algumas consequências de um discurso baseado exclusivamente na prevenção do HIV/AIDS.

### **Debates sobre o normal e o patológico. Os processos de regulamentação e sua relação com o discurso biomédico**

Conforme foi mencionado, os processos de saúde e doença não resultam em fatos absolutos, *objetivos*, mas significativos, ou seja, estruturados em uma disputa de sentidos, no interior de relações de poder, governados por juízos de valor e por normas reguladoras de comportamentos. Assim, a construção social das doenças está ligada estreitamente a um projeto normativo que legitima estados de normalidade, na medida em que julga e sanciona aquele que ousa desobedecê-lo.

Tanto Georges Canguilhem (2005) como Michel Foucault (1881, 1998, 2008) e Guillaume de Le Blanc (2004, 2010) propiciam a reflexão sobre os debates em torno do *normal e do patológico*, autorizados e legitimados pelo discurso biomédico, constituintes de estatutos de normalidade, do protótipo de homem modelo. Os imaginários constroem-se neste caminho como modos de conceber a *ordem social* e, ao mesmo tempo, como garantia ou legitimação da delimitação normal/patológico.

---

<sup>3</sup> As aspas são nossas.

A partir de uma jornada histórica, a pergunta por esta demarcação tornou-se decisiva para a reorientação epistemológica da ciência médica a partir do século XIX. Canguilhem, em *O normal e o patológico* (2005), ocupa-se da antinomia na história das ciências biomédicas, colocando a saúde como objeto de problematização filosófica. O autor reconstrói o processo epistemológico que vigora no século XIX, institucionalizador do discurso biomédico como garantia da identificação real dos fenômenos normais e patológicos – tanto em casos definidos como objetivos.

Em *Ensayo acerca de algunos problemas relativos a lo normal y lo patológico* (1943), Canguilhem tem uma preocupação inicial de encontrar ou identificar qual ou quais são os valores que operam na construção científica daquele considerado normal ou patológico. O autor critica, desta forma, o dogma médico-científico que suprime toda a indagação ideológica. O normal deixa de ser concebido como feito, como aquele capaz de objetivação; o normal sempre se manifesta vinculado a um valor.

Centrado na chama *normatividade biológica*, na revisão de sua tese de Doutorado, Canguilhem começa a advertir sobre a inconsistência de aproximar-se da mera contemplação das leis biológicas na construção normativa do normal e do patológico. As normas sociais interferiram de tal maneira que terminaram por prevalecer na teorização que o autor, no período de 1963-1966, revê e expõe. Desta forma, o normal e o patológico não podem ficar restritos a uma normatividade individual, a uma subjetividade biologizada. A norma posiciona-se como um *dever ser*, ou seja, certo modelo ideal a ser perseguido e, por sua vez, capaz de sanção frente à intenção de transgressão. As matrizes culturais, as significações sociais imaginárias estabelecem-se nesta perspectiva, como necessárias, de certa forma, na construção do normativo, do arbitrário. Deste modo, enquanto a demanda de normas resulta em algo interno ao organismo, a *regulamentação* que atua no social parte de uma decisão exterior ao objeto normalizado, ou seja, é produto da arbitrariedade social: a norma é prescritiva.

Neste sentido, Michel Foucault também questiona os processos normalizadores, sempre subordinados à análise das relações entre saber e poder, sobre a qual centraliza os estudos sobre o poder disciplinar e o biopoder. “Para Foucault, em sua forma moderna, o poder é exercido cada vez mais em um domínio que não é o da lei, mas da norma e, por outro lado, não apenas reprime uma individualidade ou uma natureza já dada, como também positivamente a constitui, a forma” (CASTRO, 2004, p. 250). O autor distingue duas modalidades fundamentais de exercício de poder: a *disciplina*, que tem como objetivo os indivíduos, e a *biopolítica*, centrada nas populações. A regulamentação participará desse processo de regulação da vida individual, mas também das populações.

Neste contexto, o discurso biomédico atua em uma diretriz dupla: como imposição da norma e, ao mesmo tempo, garantia do exercício de regulamentação a partir da demarcação do binômio normal/patológico.

Convertemo-nos em uma sociedade essencialmente articulada em torno da norma, o que implica outro sistema de vigilância, de controle. Uma visibilidade incessante, uma classificação permanente dos indivíduos, uma hierarquização, uma qualificação, o estabelecimento de limites, uma exigência de diagnóstico. A norma converte-se no critério de divisão dos indivíduos. A partir do momento em que é uma sociedade da norma que está sendo constituída, a medicina, como a ciência por excelência do normal e do patológico, será a ciência mestra (CASTRO 2004, p. 251).

Foucault insiste na função da regulamentação que desempenham os saberes, como os produzidos pela medicina, psiquiatria, psicanálise. Surge daí um exercício de poder que depende do conhecimento e uma relação bidirecional na qual se sustentam e se reforçam mutuamente.

Nesta direção, as teorizações de Canguilhem e Foucault são sumamente proveitosas, na medida em que ambos os autores compartilham a incidência da normatividade na formação do saber clínico. O normal e o patológico, longe de serem meras descrições de estados, estabelecem-se como fronteira imaginária para a configuração da prática médica e também para a criação discursiva de estatutos de normatividade. François Laplantine, em *Antropología de la Enfermedad*, assinala a respeito:

A medicina ocidental não pode ser considerada unicamente como a aplicação de um caminho científico ao buscar não apenas o que é verdadeiro, mas enunciar o que é bom, o Saber por excelência, convertido em regulador de nossas condutas e que estende seu monopólio além do domínio biológico. É a que ordena (a 'ordem médica'), prescreve (a 'prescrição médica'), atesta (o 'atestado médico'), é convocada pelos tribunais nos casos em que a própria justiça se declara incompetente (o 'perito médico'), promete (e, como vimos, suscita uma imensa esperança, pois induz em muitos a crença de que todas as doenças poderão ser vencidas) (LAPLANTINE, 1999, p. 381).

Daí resulta a proposta de se procurar viabilizar, principalmente através do coletivo biomédico, alguns processos, mecanismos a partir dos quais atua o projeto normativo na construção discursiva do HIV/AIDS.

### **Aspectos do projeto normativo no discurso de HIV/AIDS**

Da mesma forma como se reconstruiu, considerar a doença em função da normatividade social implica em pensar nos mecanismos que funcionam no interior da construção imaginária da mesma. Para tanto, considera-se principalmente o discurso biomédico, o qual não supõe a exclusão do chamado discurso profano. Se o primeiro é estabelecido como saber por excelência na determinação do binômio normal/patológico, o discurso profano pode ser compreendido como a apropriação e ressignificação daquilo que excede o dispositivo médico – como é o caso dos jovens entrevistados<sup>4</sup>. Nesta perspectiva, fica insustentável uma diferenciação contundente entre discurso sábio e discurso profano. Definitivamente, ambos se incluem no interior de uma mesma matriz discursiva, embora sendo o coletivo médico o porta-voz legítimo dos enunciados.

Com a premissa de visualizar o projeto normativo na construção imaginária do HIV/AIDS e com a finalidade de organizar a exposição, trabalhar-se-á sinteticamente em três direções: o normativo e a instituição hospitalar; a regulamentação no domínio da sexualidade; e a norma profilática.

---

<sup>4</sup> Deve ser considerado que a mesma oposição que estabelecemos entre discurso biomédico e discurso profano responde a uma disposição simbólica arbitrária, à demarcação ilegítima de quem pronuncia o discurso e as mesmas propriedades da instituição que autoriza seu pronunciamento. Definitivamente, são estas características que predominam na demarcação médico/profano.

## **O normativo e a instituição hospitalar**

O hospital foi pensado, segundo Foucault (2008), como um lugar de proteção: das pessoas sãs contra a doença; dos doentes contra as práticas das pessoas ignorantes; dos doentes, uns dos outros. Entra-se em uma forma nova e quase desconhecida no século XVIII: a especialização institucional da doença. O hospital será o espaço no qual, sob o olhar do médico, as doenças serão classificadas e agrupadas; um domínio racional de catalogação na qual, parafraseando o autor, a doença encontra a residência forçada de sua verdade. Nesta operação, vislumbra-se um sistema duplo de observação: um olhar que busca suprimir a patologia, mas, ao mesmo tempo, um olhar que separa, que isola, que busca e classifica em função das causas etiológicas e da eficácia terapêutica.

A *especialização* foi analisada em três hospitais públicos, de referência para a região, das cidades de Santa Fé e Paraná (Argentina). Nos três, existem serviços especializados ou áreas específicas de tratamento do HIV/AIDS. No hospital Cullen, de Santa Fé, existe uma área denominada *Área ETS e AIDS*; no Hospital Iturraspe – da mesma cidade – foi formado um *Subcomitê de HIV/AIDS*; no caso do Hospital San Martín, da cidade de Paraná, dentro da área de infectologia funcionava o *Programa Provincial de AIDS de Entre Ríos*. O HIV/AIDS estabelece-se de modo visível nos três hospitais, existindo poucas infecções ou doenças que têm área ou espaço específico para seu tratamento – existe uma área de pediatria, mas não de infecções fúngicas em neonatologia (candidemia); existe uma área de dermatologia, mas não de sarna ou dermatite atópica; existe uma área de cardiologia, mas não de endocardite infecciosa. Isso dá conta do rastro da infecção, de sua demarcação com outras não apenas quanto à 'importância' ou 'impacto social', mas também em função do *status* da mesma. Percebe-se, assim, a normatividade implícita em uma renovação de biopolíticas como modalidade de exercício de poder.

A demarcação de áreas específicas para o tratamento do HIV/AIDS é enfatizada no Hospital Cullen, da cidade de Santa Fe. Como já mencionamos, existe, nesse lugar, uma área destinada a *ETS e AIDS*, sendo a abreviatura ETS diferente e excludente da infecção por HIV. Esta sigla, em termos descritivos, refere-se ao *controle* das doenças de transmissão sexual; os espaços criados para este tipo de patologia envolvem a saúde sexual e reprodutiva da população. Neste caso, a pergunta é: por que não se inclui o HIV entre elas? Poderia se pensar que o HIV se refere em todos os casos a uma Infecção de Transmissão Sexual (ITS); entretanto, a área não está definida como área ETS e ITS. Nem tão pouco a definição de uma área ETS e AIDS contemplaria, por exemplo, outras infecções, como a sífilis, o HPV ou a herpes simples. Pode se reconstruir desta forma, como a separação da área em *ETS e AIDS* observa a normatividade do qualificado como patológico.

A espacialização das áreas vinculadas ao HIV/AIDS redireciona e põe em evidência o assunto da doença, daí seu caráter prescritivo. Uma das médicas entrevistadas que trabalha em um hospital público de Santa Fé e na *Área ETS e AIDS* assinala: "Se é uma dificuldade vir ao hospital, entrar em uma fila onde a maioria tem HIV, onde os de fora sabem que nesta fila pode haver pacientes infectados e diz extrair sangue em um lugar em que estão extraindo sangue para isso (...)".

A espacialização instaura uma visibilidade que, no caso do HIV, faz emergir medos relacionados à estigmatização e à discriminação por viver com a doença. A mesma médica expressa: *"Muitos pacientes, na realidade, não se importam em ter que tomar comprimidos, ter que vir aos controles, mas lhes interessa saber se alguém mais descobrirá o que têm, se sua família, à qual não querem contar, descubra, se serão desprezados por seus amigos, por seus familiares, por seus filhos, por seus companheiros de trabalho"*.

Daí a dificuldade de muitos pacientes comparecerem aos hospitais, aos consultórios particulares. O que não se quer é *que se saiba*.

### **O domínio da sexualidade e a ênfase que ocupa a "família"**

A regulamentação neste domínio foi, segundo Foucault, um movimento iniciado no século XVIII. Atualmente, a eficácia dos fins disciplinares e normativos foi mediada pela formação de um conhecimento que é estabelecido como condição de efeito e exercício. O domínio da sexualidade foi um dos dispositivos mais distintivos, a partir do qual o projeto normativo opera e promove mecanismos de estigma para aqueles que vivem com a infecção. Podem destacar-se nesta perspectiva os processos de culpabilização do doente referidos, por exemplo, à transgressão profilática, à promiscuidade entre os jovens ou à precocidade no início das relações sexuais. Este último aspecto será um elemento recorrente não só do discurso médico, mas também do discurso de jovens como responsável pelo aumento de infectados por HIV/AIDS.

No entanto, existem outras dimensões das quais se pode recuperar a relação entre processos normativos e o domínio da sexualidade. Por exemplo, as diferenças que se estabelecem para dar um diagnóstico ou para estabelecer os tratamentos entre uma profissional do sexo e uma 'mãe'. Alguns depoimentos de médicos advertem como, de acordo com o seu testemunho, para uma mãe é mais doloroso ter recebido o diagnóstico do que para um travesti, como justificativa para a infecção ligada à orientação sexual da pessoa. Outro dos profissionais entrevistados reafirma o contraste em receber o diagnóstico entre pessoas de orientação sexual 'diferente' e 'esposas'. Ele mesmo diz: *"Embora aqui cuidemos de uma população de travestis, prostitutas, eles estão um pouco mais acostumados com a notícia, porque eles escutam, porque têm conhecimento ou porque sabem que estavam em risco, realmente em risco; então, às vezes, para eles é mais tranquilo. Existem, porém, outras pessoas que entram em depressão, porque já tivemos as esposas que foram infectadas pelo seu marido e descobriram que seu marido tinha HIV poucos dias antes de morrer; então, por isso, custa a elas se recuperar, mas se dá, o diagnóstico é dado e tem que se dar."*

Novamente, parece ser mais consolador dar um diagnóstico a quem não faz parte dos parâmetros de "normalidade sexual" (isto é explicitado na diferenciação entre travestis e outras pessoas). O HIV/AIDS foi, neste caso, muito eficaz para a instalação de uma marca normativa em relação à escolha na orientação sexual.

Foi mencionada a maneira como a doença se enraíza a partir de um modelo regulatório que questiona a orientação sexual, mas, por sua vez, alertamos que este caso é complementar a outro processo: falamos sobre a centralidade que ocupa a 'família' para o projeto normativo. Como foi mencionado, Foucault reconstrói o nosopolítica no século XVIII, a partir do surgimento, em muitas áreas, do corpo social, da saúde e da doença, um problema que exige



uma gestão coletiva, isto é, a saúde da população como um objetivo geral<sup>5</sup> (FOUCAULT, 1999). Neste contexto, é constituída uma dimensão que Foucault chamou de *privilégio da infância e a medicalização da família*: "A partir dessa época a família passa a ser o agente mais constante da medicalização. A partir da segunda metade do século XVIII, a família passa a ser um alvo de um negócio magno de acumulação médica" (FOUCAULT, 1999, p. 334). Assim, é possível compreender o impulso normativo e a diferença a partir da qual se opõe uma 'prostituta' a 'esposa' no momento do diagnóstico.

A diferenciação entre os gêneros e a atribuição de papéis também vai viabilizar a regulamentação operante centrada fundamentalmente no desígnio reprodutivo<sup>6</sup>. A família, como primeira instância de medicalização dos indivíduos (FOUCAULT, 1999), será a primeira responsável pelo bem estar da criança. Nestas condições, e em função da análise do HIV/AIDS, não seria casual a preocupação constante pelo cuidado com a criança. A responsabilidade moral da família sobre os filhos sustenta esta dinâmica de organização dos cuidados médicos. Na maioria das entrevistas com mulheres, percebemos uma inquietação pela maternidade diante da infecção por HIV, mas, ao mesmo tempo, a possibilidade de pensar em ser mãe com um diagnóstico de HIV está associada à atitude irresponsável e egoísta. Cabe esclarecer que se faz referência a mulheres porque, em geral, a culpabilização recai sobre as mesmas pelo papel reprodutivo com a qual são definidas.

A valorização com relação à possibilidade de maternidade frente à infecção por HIV, a instância avaliativa frente à precocidade das relações sexuais e o discurso reiterativo sobre a promiscuidade dos jovens são concebidos no interior dos discursos médicos como parte dos processos de atenção e diagnóstico, tendendo a se reproduzir nos jovens. O projeto normativo, referido neste ponto ao domínio da sexualidade, está problematizado na esfera do normal e do patológico, quando utiliza como principal ferramenta para sua instauração e legitimação as coações de apreciação, estas entendidas não como imposição ou coerção, mas, como aludia Canguilhem, a definição da falta, do desvio, da diferença.

### ***O discurso biomédico da prevenção***

Um dos principais motivos pelos quais recai a culpabilidade sobre o infectado baseia-se na relação direta que se estabelece entre os métodos preventivos e a infecção. Isso incidirá notoriamente na necessidade, descrita pelos médicos, da busca da 'origem' da infecção; a potencialização do imaginário da culpabilidade quando a transmissão é por via sexual; e a extensão de um discurso voltado para a utilização de profilaxia nas práticas sexuais, sobre outras formas de cuidados para evitar a transmissão da infecção.

Outro ponto observado é que parecia haver, por parte do coletivo biomédico, uma falta de conhecimento dos jovens sobre os mecanismos de prevenção; os mesmos não apenas sabem e os reconhecem, como utilizam este argumento na construção imaginária da culpa frente à infecção. Se o discurso biomédico insiste nesta *racionalização* dos modos de prevenção, os

---

<sup>5</sup> Esta transformação [a gestão coletiva] encontrada por Foucault no século XVIII, não recai na definição simplista da preservação, manutenção e conservação da chamada 'força do trabalho'. Para o autor, é um problema mais amplo, referente aos efeitos econômico-políticos do acúmulo de homens.

<sup>6</sup> Apesar de nossa exposição exceder uma análise de gênero, podemos advertir a necessidade de os mesmos, a fim de problematizar muitas das noções que expomos e cremos, comprometerem e exigirem a consideração desta perspectiva teórica.

jovens apropriaram-se deste discurso em termos próprios. Esta admissão discursiva não apenas é expressa como necessidade de utilização de medidas profiláticas para evitar a transmissão, mas também, por sua vez, a mesma infecção será regulamentada e associada em função da violação, da infração da norma profilática biomédica.

A construção social imaginária do HIV/AIDS, realizada fundamentalmente sobre a normatividade profilática, contribui para conceber a doença como ato-castigo. Daí que a infecção se substancializa a partir de uma moral da prevenção, sobre todas as outras formas de pensar a patologia, e fica circunscrita a 'você sabia pelo que podia passar', 'era previsível', 'agora, aguenta...'.

Uma das consequências desses processos é a impossibilidade de pensar, entre outras coisas, nos tratamentos atuais para a infecção, a cronicidade da doença ou a qualidade de vida com a qual uma pessoa com HIV conta. Neste contexto, o discurso biomédico pareceria ser contraditório ou, pelo menos, tardio. Conforme este grupo expressa, no momento de dar um diagnóstico de HIV, o que seguidamente se apresenta ao paciente é toda a gama de possibilidades que hoje um paciente com HIV tem para o tratamento da infecção. Isso também permite compreender a contradição interna de muitos dos jovens entrevistados em pensar na doença a partir do medo e, ao mesmo tempo, como uma infecção com a qual se pode conviver. Os efeitos desse "viés", ligada fundamentalmente ao discurso da prevenção por parte do discurso biomédico, transpassa a mera ênfase no cuidado individual. A apropriação do mesmo tem outros desenlaces, dado que o que se redefine é uma mensagem baseada no medo e na insegurança. Frente ao 'deves fazer isto', a infecção significa uma violação à regulamentação imperante, como ato-castigo à transgressão.

Esta situação é por sua vez análoga à outra: o atual enfoque baseado no projeto normativo da profilaxia só se dirige a quem não estiver infectado. Poderia ser refutado que qualquer discurso centrado na prevenção é pensado em função dos que não possuem a doença, porém, no caso do HIV/AIDS em particular, esta centralidade e, correlativamente, a exclusão de outros dispositivos discursivos – que incluam a terapêutica atual do HIV ou a simples menção do HIV como infecção crônica – pareceria desconhecer ou negar quem convive com a infecção e, ao mesmo tempo, propiciar a culpabilização.

Deve ser mencionado que não se argumenta sob nenhuma circunstância que o discurso preventivo deva ser excluído dos programas de HIV/AIDS, nem tão pouco que sejam desnecessários. O que se pretende é mais: a necessária problematização de que seja *apenas* este discurso o que predomina na construção imaginária da doença, que seja *apenas* o que, desde a biomedicina, se pretende transmitir sobre a infecção, que seja *apenas* este saber que incite ter. Esta redução ou restrição do que se diz, o que se sabe – a necessária vinculação saber/poder<sup>7</sup> – sobre a regulamentação profilática configura-se sob uma dinâmica centrada na exclusão, na desesperança e no desassossego para quem adocece. A condenação moral pareceria posicionar-se deste modo, como resposta à transgressão da regulamentação médica; é a instância punitiva frente ao acompanhamento ou compreensão.

---

<sup>7</sup> O saber como aquilo que, em termos foucaultianos, se estabelece como aquilo *do que se pode falar em uma prática discursiva* se desloca do interior de um campo de coordenação e subordinação dos enunciados, o qual supõe uma hierarquização, uma instância valorativa no interior das condições institucionais de produção. Daí que a prática médica se estrutura em torno das relações de poder.

## **Conclusões: consequências e implicações do diagnóstico de HIV em seu significado discursivo**

Ao longo do artigo, foi assinalada a mediação social na construção imaginária da infecção de HIV/AIDS. Em particular, foram indagados alguns mecanismos sobre os quais é possível reconstruir a regulamentação que avalia a relação normal/patológico e algumas formas nas quais pode ser visualizada. Foi reconstruído o discurso biomédico não só sobre a prevenção, mas também sobre o domínio da sexualidade ou a especialização e suas consequências em alguns hospitais públicos das cidades de Santa Fé e Paraná. A partir desses mecanismos, foi possível prevenir como a infecção de HIV se redefine no imaginário social, com claras consequências materiais, como, por exemplo, a resistência que oferecem os jovens para realizar os testes diagnósticos de HIV.

Neste sentido, a pergunta pela implicação de um diagnóstico de HIV não deve ser deixada de lado. A partir da perspectiva e do marco teórico proposto, o diagnóstico pode ser concebido como a materialização da transgressão. A palavra transforma-se em sanção e o indivíduo converte-se em sujeito da doença, o diagnóstico *torna-se visível*. Um dos médicos entrevistados sistematizava esta situação da seguinte maneira: "*E eu digo isso a uma pessoa, e lhe digo tens HIV e está perfeita e morre. Ou seja, começou a morrer no momento do diagnóstico*". A partir do diagnóstico, a infecção transforma-se, converte-se em doença, ou seja, alguém *sabe que está doente* – mesmo sem alterações no nível biológico. A patologia subjetiviza-se.

Nestas circunstâncias, é possível compreender como o momento do exame e a codificação se tornaram um *produtor* da infecção. O diagnóstico, portanto, não só se torna o mais tranquilizador, como recorre e insiste sobre o 'não saber', sobre o não querer realizar os testes.

Neste sentido, por sua vez, surge outra série de operações com incidência no diagnóstico: os processos de *estigmatização e discriminação* como respostas recorrentes para quem convive com a infecção. Alerta, assim, a relação direta com as instâncias normativas que intermediam a construção imaginária da doença. A estigmatização e regulamentação, longe de se estabelecer como processos estranhos, posicionam-se como conexos, duas caras da mesma moeda tendentes a se complementarem. A estigmatização construída sobre quem vive com a infecção ou sobre aquele que parece ter transgredido a arbitrariedade médica, responde àquele que, parafraseando Laplantine, não é apenas o que faz mal, mas o que está mal. Assim, o estigma como descrédito social (GOFFMAN, 1963) para aqueles que vivem com HIV/AIDS constitui um produto e uma consequência do projeto normativo.

Neste contexto, a supressão no discurso médico de quem convive com a doença faz parte da configuração prescritiva da doença, posicionando o doente como quem tenha infringido a norma, mas servindo ao mesmo tempo como modelo. Nesta ausência-silêncio, em sua mesma exclusão, o infectado é reconstruído e sancionado.

A estigmatização forma-se, deste modo, no interior da configuração discursiva do HIV/AIDS, atuando normativamente como mecanismo por excelência na vida cotidiana. Sem necessidade de circunscrevê-lo aos espaços disciplinares em termos foucaultianos, traduz-se melhor na *norma exibida no fato* (CANGUILHEM, 2005, p. 191), dando conta da performance dos imaginários sociais sobre nosso *fazer e dizer social*.

## Referências Bibliográficas

BACZKO, B. **Los imaginarios sociales. Memorias y esperanzas colectivas**. Buenos Aires: Nueva Visión, 1991.

BLOCH, C. Nuevos enfoques en la salud pública generados a partir de la respuesta a la epidemia del VIH/sida. **Actualizaciones en sida**, Buenos Aires, v. 18, n. 69, p.104-114. Septi. 2010.

CANGUILHEM, G. **Lo normal y lo patológico**. México, DF: Siglo XXI Editores, 2005.

CASTORIADIS, C. **La institución imaginaria de la sociedad**. Buenos Aires: Editorial Tusquets, 2007.

CASTORIADIS, C. La lógica de los magmas y la cuestión de la autonomía. In: LOS DOMINIOS del hombre: las encrucijadas del laberinto. Madrid: Editorial Taurus, 1981.

CASTORIADIS, C. El imaginario social instituyente. **Zona Erógena**. n. 35, 1997. Disponible en: <http://pensar-actuar-pensar.blogspot.com/2009/01/cornelius-castoriadis-el-imaginario.html>> Acceso: 21 mayo 2011.

CASTRO, A.; FARMER, P. El sida y la violencia estructural: la culpabilización de la víctima. **Cuadernos de Antropología Social**. n.17, p. 29-47, 2003.

CASTRO, E. **El vocabulario de Michel Foucault**. Buenos Aires: Prometeo 3010 - Universidad Nacional de Quilmes, 2004.

FERNÁNDEZ-RUFETE, J. El afecto perdido. In: PERDIGUERO, E. **Medicina y cultura: estudios entre la antropología y la medicina**. Madrid: Bellaterra, 2000. p. 277-304.

FLECK, L. **La génesis y el desarrollo de un hecho científico: introducción a la teoría del estilo de pensamiento y del colectivo de pensamiento**. Madrid: Alianza Editorial, 1986.

FOUCAULT, M. **El nacimiento de la clínica**. Buenos Aires: Siglo XXI Editores, 2008.

FOUCAULT, M. **El orden del discurso**. Buenos Aires: Editorial Tusquets, 1992.

FOUCAULT, M. **Los Anormales**. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2010.

FOUCAULT, M. **Vigilar y Castigar: el nacimiento de la prisión**. Buenos Aires: Siglo XXI Editores, 1991.

FOUCAULT, M. **Historia de la sexualidad: la voluntad de saber**. Buenos Aires: Siglo XXI Editores, 1998.

FOUCAULT, M. **Estrategias de poder**. Buenos Aires: Paidós, 1999.

GOFFMAN, E. **Estigma: la identidad deteriorada**. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1963.

HÖRISCH, J. Las épocas y sus enfermedades. El saber patognóstico de la literatura. In: BONGERS y OLBRICH (Comp.) **Literatura, Cultura y Enfermedad**. Buenos Aires: Paidós, 2006.

LAPLANTINE, F. **Antropología de la Enfermedad**. Buenos Aires: Ediciones del Sol, 1999

LE BLANC, G. **Canguilhem y las normas**. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión, 2004.

LE BLANC, G. **Las enfermedades del hombre normal**. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión, 2010.

LUBERTINO, M. J. Aportes para la Concientización en prácticas no discriminatorias en VIH y sida. **Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo – INADI**, Buenos Aires, 2008.

MIRIC, M. Estigma y Discriminación: vinculación y demarcación. **Paradigmas**, Año 1, n. 2, 2003.

PARKER, R.; AGGLETON, P. El estigma y sus efectos discapacitadores. Suplemento S. Texto editado del estudio **HIV and AIDS-Related Stigma and Discrimination. Aconceptual Framework and Implication for Action**. Diciembre 5, 2002.

PARKER, R; AGGLETON, P; MALUWA, M. Estigma y Discriminación por VIH y SIDA: un marco conceptual e implicaciones para la acción. Río de Janeiro: ABIA, 2002.

PIERRET J. Vivir con el VIH en un contexto de enfermedad crónica: aspectos metodológicos y conceptuales. **Cuadernos Médico Sociales**. n. 77, p.35-44, 2000.

SONTAG, S. **La enfermedad y sus metáforas**: el Sida y sus metáforas. Buenos Aires: Taurus Pensamiento, 2003.

Recibido em: 01/11/2012

Aceito em: 28/11/2012