

**CELINA DASPETT**

**“UM ESTRANHO ENTRE NÓS: A REPERCUSSÃO DO  
DIAGNÓSTICO DE HIV/AIDS NA TRAJETÓRIA DE CASAIS  
HETEROSSEXUAIS SOROCONCORDANTES”**

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA**

**PUC – SÃO PAULO  
2005**

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO**

**“UM ESTRANHO ENTRE NÓS: A REPERCUSSÃO DO  
DIAGNÓSTICO DE HIV/AIDS NA TRAJETÓRIA DE CASAIS  
HETEROSSEXUAIS SOROCONCORDANTES”**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo como exigência parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica sob a orientação da Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Helena Pereira Franco.

**São Paulo - 2005**

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>05</b>
<b>Capítulo I – Vivendo a positividade para HIV/Aids.....</b>	<b>13</b>
1.1 - Definição de Aids.....	17
1.2 - Sistema Imunológico e o vírus HIV.....	18
1.3 - Tratamento.....	19
1.4 - Aspectos Emocionais.....	20
1.5 - Aids e Segredos .....	24
1.6 – Aids e Morte.....	25
<b>Capítulo II – Trajetória Histórica e Evolutiva da Formação de Casais .....</b>	<b>28</b>
3.3 – Movimentos histórico-sociais: Uma viagem sobre a formação dos casais ao longo dos séculos.....	31
2.2 – A questão de gênero na relação conjugal.....	37
2.3 - O casal contemporâneo frente ao novo milênio.....	43
<b>Capítulo III – Entendendo a Conjugalidade.....</b>	<b>45</b>
3.1 - Apresentando a Teoria Geral de Sistemas .....	47
3.2 - O Sistema Familiar e o Sistema Conjugal .....	48
3.3 - Desenvolvendo a conjugalidade no Sistema Familiar .....	49
3.4 – Sexualidade na Conjugalidade .....	51
3.5 - Apresentando a Teoria do Apego .....	56
3.6 - Dissolvendo a Conjugalidade .....	64

<b>IV – OBJETIVO</b> .....	68
<b>V – MÉTODO</b> .....	70
5.1. A Pesquisa.....	72
5.2. Caracterização da Instituição .....	73
5.3. Participantes .....	73
5.4. Encontrando os participantes e coletando o material de pesquisa.....	74
5.5. Instrumentos utilizados.....	74
5.6. Análise das entrevistas .....	77
5.7. Considerações Éticas .....	79
<b>VI - APRESENTAÇÃO DOS CASOS PARTICIPANTES DA PESQUISA</b> .....	82
<b>VII – DISCUSSÃO</b> .....	88
<b>VIII – CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	124
<b>IX - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	128
<b>X - ANEXOS</b> .....	139

*“Numa ânsia de ter alguma coisa,  
Divago por mim mesmo a procurar,  
Desco-me todo em vão, sem nada achar,  
E minh’ alma perdida não repousa.”  
(Escavação - Mário de Sá Carneiro)*

**Introdução-**

---

Segundo Dados do Ministério da Saúde de março de 2005, o Brasil tem aproximadamente 600 mil portadores do vírus HIV. Desde o início da década de 80 até junho de 2004 foram notificados 362.364 casos de Aids. Deste total, 251.050 foram verificados em homens e 111.314, em mulheres. Cerca de 250 mil pessoas, entre 15 e 49 anos, portanto em idade sexualmente ativa, não sabem que são portadoras do vírus. Este cálculo é fruto de projeções do Programa de DST e Aids baseadas em números fornecidos por unidades de doação de sangue, hospitais, maternidades e centros de testagem de todo o país.

Diante do crescimento da contaminação pelo HIV, cada vez surgem mais questões referentes aos efeitos da doença, novos remédios, vacinas, perspectivas de vida, o que torna a Aids não só uma doença física, e sim um assunto social e cultural.

Venho desenvolvendo meu trabalho com pacientes soropositivos desde 1992 quando fiz aprimoramento em Psicologia Hospitalar no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, mais especificamente na Clínica de Moléstias Infecto-Contagiosas. Nesta época, poucos eram os recursos disponíveis aos pacientes soropositivos, o tratamento era feito com AZT e por conseqüência muitas eram as reações adversas à medicação. A morte para quem recebia o diagnóstico soropositivo para o HIV era iminente.

Nestes quase 15 anos, pude acompanhar as mudanças ocorridas principalmente em relação à qualidade de vida dessas pessoas, com a utilização das medicações retrovirais, os inibidores de protease, conhecidos popularmente como “coquetel”.

Por meio da revisão de literatura (Bartlett,1999; Ferreira,2003; Galvão,2000; Malberguer 2000; Parker,2000; Rachid, 2002; Veronesi e col.,1999), percebi que os aspectos epidemiológicos, referentes ao HIV e à Aids, têm sido profundamente estudados, porém ainda há pouco conhecimento sobre a extensão e os agravos psicológicos da doença no contexto afetivo das famílias, bem como das conseqüências emocionais pelas perdas dela decorrentes.

Desde os primeiros contatos com os pacientes soropositivos surgiram alguns questionamentos quanto a vivência dos pacientes homens que precisavam contar às suas esposas sobre sua soropositividade e muitas vezes pediam ajuda ao serviço de psicologia para fazê-lo, em virtude da possibilidade de elas também estarem contaminadas. Testemunhei várias destas “confissões” com a médica da unidade. Os questionamentos que sempre pairavam nas minhas reflexões eram como se daria a continuidade daquela história após tal revelação? Quais as mudanças geradas pelo diagnóstico? Quais as mudanças para casais que eram soroconcordantes e para aqueles que eram sorodiscordantes?

Finalizado o período do aprimoramento, continuei a trabalhar com pacientes soropositivos no consultório e em instituições da zona norte da cidade, mantidas pela Arquidiocese de São Paulo.

Na tentativa de entender um pouco mais sobre casais e famílias, busquei a especialização em Terapia Familiar na Universidade Federal de São Paulo, meu primeiro contato com aquela instituição.

A família é um sistema vivo que se move pelo tempo, por meio de um ciclo vital: nasce, cresce, amadurece e morre. Por ser um sistema vivo, é também aberto, depende de trocas com o meio em que está inserido para se manter funcionando e opera por meio de padrões transacionais, ou seja, estabelece padrões de como, quando, com quem se relacionar. (Cervený, 1994; Carter & McGoldrick, 1995; Papp, 2001; Seixas, 1992; Souza, 1997).

Assim sendo, o diagnóstico de uma doença crônica gera uma crise vital significativa para as famílias. O paciente e a família vivem momentos singulares e geralmente não estão preparados para as mudanças. O diagnóstico exige novos modos de enfrentamento além de períodos de adaptação.

O paciente se vê diante da mudança de hábitos e estilo de vida. Ele passa por uma crise em que percebe inúmeras limitações, frustrações e perdas: da condição saudável, de papéis, de responsabilidades, dos sonhos. Dependendo da doença pode estar diante de um menor tempo de vida (Contim, 2001; McDaniel e col., 1994; Rolland, 2001; Santos, 1995; Souza, 1997).

A família também passará por um processo de reorganização e adaptação para desenvolver os cuidados ao paciente. Logo, os papéis e funções devem ser repensados e distribuídos de forma que auxiliem o paciente na elaboração de sentimentos confusos e dolorosos ocasionados pelo processo de adoecer.

Relacionamentos íntimos têm sido considerados a mais importante fonte de apoio social. O parceiro é a primeira pessoa a ser procurada em situações de crise e que, em função da intimidade, pode abrandar a sensação de carência (Costa, 2000; El Bassel e col. 2003; Ficher & Marques, 2001; Reis, 2002; Turkenicz, 1995).

Vivenciamos nesta última década relações afetivas tendendo ao descompromisso, para o episódico, para o “ficar”<sup>1</sup>. Isso gera incertezas no que diz respeito aos envolvimento, surgem o medo da frustração, do compromisso, de sofrer, de ser incapaz de merecer vida plena e feliz, medo de que tudo dê errado.

A capacidade de formar vínculos, bem como a escolha do parceiro, são questões fortemente influenciadas pelas relações primitivas que cada um desenvolveu com seus pais na infância. Sendo assim, os motivos que levam cada pessoa a estar apta ou não para estabelecer um relacionamento conjugal maduro e estável podem depender daquelas primeiras trocas de afeto e de experiências de relacionamento.

Aceitar dividir uma vida toda ao lado de alguém que, até pouco tempo talvez jamais soubesse da sua existência, envolve certas necessidades básicas. Partilhar sentimentos, idéias, momentos de alegria e de tristeza e ainda poder ter alguém com quem alcançar o êxtase por meio de uma vida sexual ativa, criativa e prazerosa, que tenha iniciativa de ambos os lados, faz com que haja um crescimento mútuo e individual, onde ambos se acolhem, desejam-se e se nutrem.

Ao falarmos de Aids tratarei de um assunto estigmatizado por trazer consigo questões polêmicas relacionadas à expressão da sexualidade, adoecimento e morte.

Na relação do casal, o adoecimento e a morte surgem como momentos de crise e vão em desencontro do ideal de “foram felizes para sempre”. Exige-se uma

---

<sup>1</sup> Ficar : Expressão popular que significa **namorar sem compromisso, durante um curto espaço de tempo (às vezes, por uma noite):**

adaptação às novas condições, o que vai envolver aspectos emocionais, relacionais, sociais, financeiros e práticos.

O conhecimento do diagnóstico soropositivo para HIV/Aids remete o indivíduo à necessidade de pensar formas de viver com a idéia da doença, que ainda não tem cura, e lidar com as novas situações que requerem adaptações.

A partir disso, surge a questão norteadora deste estudo: Como se dá a trajetória de casais heterossexuais soroconcordantes uma vez que a Aids assumiu proporções de uma doença crônica?

A escolha deste tema deve-se a uma observação diária na prática clínica, na qual tenho podido observar como os pacientes gradativamente mudam suas histórias ao se conhecerem melhor e ao travarem melhores relações entre si mesmos. A relação de um ser humano com outro e tudo o que ele faz na vida deriva das relações que estabelece consigo, ou seja, de seus registros pessoais, suas crenças, recursos que desenvolveu, integrando sua bagagem genética com seus diferentes modelos e níveis de aprendizagem, e com suas interações nos diversos sistemas que vivencia. O diagnóstico de Aids também faz parte do sistema do indivíduo e se fará presente nestas interações.

Pretendendo compreender a trajetória de casais heterossexuais soroconcordantes, este trabalho começa a revisão de literatura com o processo de vivência da soropositividade: diagnóstico, tratamento, aspectos emocionais, incluindo perdas e incapacitações da doença, formação de vínculos e relações familiares.

A seguir, é apresentada a trajetória histórica e evolutiva sobre a escolha de parceiros, na qual pretendo analisar o processo de formação dos casais ressaltando as influências sociais e culturais de cada período, até chegar ao contexto contemporâneo, com destaque para as diferenças de gênero e sua influência nas escolhas atuais.

Na seqüência, apresento o respaldo teórico deste estudo, a Teoria Geral de Sistemas (TGS) e a Teoria do Apego.

Dando continuidade, apresento o objetivo deste estudo e a pesquisa desenvolvida com casais da Unidade Ambulatorial da Disciplina de Doenças Infecciosas e Parasitárias (DIPA) – Centro de Controle de Deficiências Imunológicas (CCDI) - da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

Responder a algumas inquietações que este tema sugere não tem a pretensão de esgotar o assunto. Ao contrário, pretende abrir a possibilidade de novas compreensões e apontar a necessidade de maiores estudos nesta área.

*" Não sou nada. Nunca serei.  
Não posso querer ser nada.  
À parte isso, tenho em mim  
Todos os sonhos do mundo "*  
*(Tabacaria – Álvaro de Campos)*

## **I. Vivendo A Positividade Para Hiv/Aids**

---

Em todas as épocas da história da humanidade houve uma doença que se materializava como sendo o signo da morte. Há 2000 anos era a lepra, como pode ser bem atestado nas descrições do Novo Testamento. Na Idade Média, em virtude das condições sanitárias da época, a peste negra assolou a Europa. A tuberculose ocupou no século XIX esse posto, principalmente durante o Romantismo. No século XX foi a vez do câncer. Nestes últimos vinte anos, a Aids, além do lugar mortífero ocupado no imaginário social contemporâneo, liga-se a um ponto muito delicado da condição humana em todos os tempos, que é a expressão da sexualidade.

Em duas décadas, desde seu aparecimento no início dos anos 80, a Aids causou cerca de 14 milhões de mortes em todo o mundo, sem fazer distinção de idade, sexo, etnia, nacionalidade ou posição social entre suas vítimas. Praticamente todos os países já registraram casos de Aids, o que caracteriza a doença como uma pandemia.

Segundo dados do Banco Mundial (BIRD), de dezembro de 2003, cerca de 40 milhões de pessoas estão vivendo com o vírus HIV/Aids no mundo, e mais de 90% delas encontram-se nos países em desenvolvimento (figura 1).

Em média 14.000 pessoas continuam sendo infectadas todos os dias. Em 2003 foram notificados 5 milhões de casos novos e 3 milhões de óbitos decorrentes da Aids.

**40 milhões de pessoas vivem com HIV/Aids**  
**Dados de 2003 do Boletim divulgado pela UNAIDS**



Figura1. Mapa da Aids – Fonte: UNAIDS - 2003

No Brasil, estima-se que hoje existam 600 mil pessoas infectadas com HIV. Esse número inclui as pessoas que já desenvolveram a Aids e aquelas que apenas vivem com o vírus sem sintoma, sendo que algumas nem sabem da sua condição.(Brasil,2005)

Na tabela abaixo (figura 2), identifica-se dados sobre os aspectos da epidemia. Faz-se importante ressaltar que a tendência do crescimento de números de casos identificados foi observada em todas as regiões geográficas do país. Este crescimento vem atingindo indivíduos com menor poder aquisitivo e menor escolaridade.

## DADOS DA CONTAMINAÇÃO HIV/Aids NO BRASIL

INDICADORES	HOMENS	MULHERES	TOTAL
CASOS NOTIFICADOS ATÉ 30/06/2004	251.050	111.314	362.364
CASOS NOTIFICADOS EM 1985	532	22	554
CASOS NOVOS EM 2003	19.828	12.698	35.526
CASOS NOVOS ATÉ Jun/04	8.366	5.567	13.933
ÓBITOS POR AIDS DE 1983 a 2003	121.005	39.828	160.933

Fig. 2 . Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde de Março de 2005

Pode-se observar que em 1985 a porcentagem de contaminação era de 63 homens para 1 mulher. Em 2004, a cada 1,8 homens, uma mulher é infectada.

Em um levantamento feito no Centro de Testagem e Aconselhamento para detecção do HIV - CRTA-SP, notou-se que 26% das mulheres infectadas tinham como único comportamento de risco o fato que mantinham relações sexuais com um só parceiro.

Outro dado não menos preocupante é a crescente incidência da Aids em adolescentes do sexo feminino na faixa etária entre 13 e 19 anos. Tal fato é explicado pelo início precoce da atividade sexual em relação aos adolescentes do sexo masculino, iniciação que se dá normalmente com homens com maior experiência sexual e com mais exposição aos riscos de contaminação por DST e pela Aids.

Levando-se em consideração o aumento da longevidade das pessoas associada às reposições hormonais, remédios para impotência sexual e programas de lazer destinados a pessoas com mais de 60 anos, encontra-se também um aumento da incidência da Aids na terceira idade.

Quanto às principais categorias de transmissão entre os homens, as relações sexuais respondem por 58% dos casos, com maior prevalência nas relações heterossexuais. (Brasil, 2005)

Entre as mulheres, a transmissão do HIV se dá, predominantemente, pela via sexual (86,7%). As demais formas de transmissão, em ambos os sexos, de menor peso na epidemia, são: transfusão, transmissão materno-infantil ou ignorada pelos pacientes. (Brasil, idem)

Outro dado importante divulgado pelo relatório do programa de Aids da ONU (Unaid), indica que 40% dos novos casos registrados são de pessoas com idade entre 15 e 24 anos. Isto demonstra que a população mais jovem não tem aderido às campanhas e não utiliza o preservativo (camisinha) como deveria. Acredita-se que os obstáculos morais, como a dificuldade dos pais em conversar com seus filhos sobre sexo, sejam um agravante, associado à insuficiência de recursos financeiros para as campanhas.

Observa-se ainda, em alguns países desenvolvidos, certa complacência com a doença em razão da existência de tratamento. A Aids passou a ser vista como uma enfermidade crônica e manejável. A utilização dos medicamentos mudou a feição da Aids, os soropositivos não ficam mais transfigurados como no passado.

### *1.1 Definição de Aids*

A Aids (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) foi reconhecida em meados de 1981, nos Estados Unidos, a partir da identificação de um grande número de pacientes adultos que epidemiologicamente tinham em comum o fato de serem do sexo masculino, homossexuais e/ou usuários de drogas intravenosas, moradores de São Francisco ou Nova York, que apresentavam Sarcoma de Kaposi, pneumonia, toxoplasmose e comprometimento do sistema imune.

A principal notoriedade destas patologias advinha do fato de serem conseqüências de infecções por agentes que só extraordinariamente causavam manifestações clínicas assinaláveis na população em geral.

Em 1983, o agente etiológico da Aids foi identificado: tratava-se de um retrovírus humano atualmente denominado vírus da imunodeficiência humana (HIV).

Em 1986 foi identificado um segundo agente etiológico, também retrovírus, estreitamente relacionado ao HIV-1, denominado HIV-2.

Soares (1999) afirmou que os dois tipos de HIV presentes na população humana (1 e 2) vieram de dois eventos distintos de transmissão entre diferentes espécies de símios e o ser humano. O HIV-1 teria chegado à população humana advindo do contato com o chimpanzé, enquanto o HIV-2 teria sido transmitido ao homem pelo mangabey-fuligento. A correlação é bem mais forte no segundo caso, pois a infecção por HIV-2, endêmica na África ocidental, é raramente encontrada em outras partes do mundo. A área afetada (da costa do Senegal até Gana)

coincide com a distribuição geográfica do mangabey-fuligento. A caça desse macaco para alimentação e seu uso como animal de estimação são comuns naquela região. A transmissão, assim, pode ser facilmente explicada por mordidas ou arranhões, ou por exposição ao sangue desses animais durante a caça ou o preparo da carne.

A Aids é a fase terminal da infecção pelo HIV e é caracterizada por um longo período assintomático cuja duração pode variar entre alguns meses e vários anos.

## *1.2 Sistema Imunológico e o vírus HIV*

O sistema imunológico atua em todo o organismo, defendendo-o dos microorganismos capazes de causarem infecções ou impedindo o desenvolvimento e proliferação de células malignas que podem conduzir à formação de neoplasias.

Deste sistema fazem parte os linfócitos que se dividem em duas famílias: linfócitos B, responsáveis pela produção de anticorpos, e linfócitos T que atacam diretamente o microorganismo invasor. Dentro dos linfócitos T, existe uma classe denominada T4 (CD4+ ou T auxiliares), que tem um papel de extrema importância no desencadear da resposta imunológica, e na coordenação dessa mesma resposta.

O HIV ao infectar os linfócitos T4 (CD4+ ou T auxiliares), produtores de anticorpos, conduz à descoordenação do sistema imunológico e à sua progressiva inoperância, acabando por se estabelecer uma imunodeficiência. Por

conseqüência o indivíduo fica vulnerável a toda espécie de invasores microbianos e com menor capacidade de controle das células neoplásicas.

Surgem assim as infecções oportunistas e neoplasias responsáveis pela morte do indivíduo infectado pelo HIV.

### *1.3 Tratamento*

Em 1987, autoridades americanas autorizaram a utilização de azidotimidina (AZT), a primeira terapia contra a Aids. No início de 1992 começou a distribuição gratuita de AZT no Brasil.

Por volta de 1996, surgiu o coquetel, associação de várias medicações anti-retrovirais (ARV). O tratamento anti-retroviral conta com 15 medicamentos divididos em três classes: os inibidores de transcriptase reversa análogos de nucleosídeos, os inibidores de transcriptase reversa não análogos de nucleosídeos e os inibidores de protease. Para combater o HIV, é necessário utilizar pelo menos dois medicamentos de classe diferentes.

Todos os anti-retrovirais causam algum efeito colateral, no entanto, após o primeiro mês de tratamento, tudo pode melhorar. Diarréia, distúrbios gastrintestinais (como vômito e náuseas) e *rash* (manchas avermelhadas pelo corpo) são os efeitos colaterais mais freqüentes causados pelos anti-retrovirais.

Em 1997, o Ministério da Saúde começou a fornecer o coquetel por meio do sistema público de saúde, iniciativa inédita até então em todo o mundo. A partir daí houve uma redução muito importante das taxas de mortalidade.

O diagnóstico precoce e o tratamento correto das infecções e afecções que acometem o paciente permitem melhor qualidade de vida do que há alguns anos.

O convívio social do soropositivo não muda, ele tem capacidade de participar normalmente de suas atividades, como trabalho, lazer. O isolamento social pode acarretar depressões agudas e o desenvolvimento de doenças. O apoio emocional da família e dos amigos é essencial para que pessoas portadoras do HIV possam dar continuidade a suas vidas.

É necessário que o paciente soropositivo seja constantemente monitorado por seu médico para saber se o tratamento com ARV está fazendo efeito e se é preciso mudar o tratamento. Isso só é possível a partir da realização de exames específicos que serão pedidos pelo médico. Tem-se, então, o exame de CD4 que mede a quantidade de células brancas no sistema imunológico, e o exame de Carga Viral que corresponde à quantificação de células infectadas pelo HIV por milímetros de plasma e está correlacionado com a evolução da doença. Pacientes com alta carga viral apresentam rápida progressão da doença. Por último, existe o exame de genotipagem feito para detectar as mutações do HIV. Esse teste identifica quais são as mutações potencialmente responsáveis pela falha da terapia com ARV. Quanto maior o número de cópias do HIV no organismo, mais depressa perdem-se células CD4, e maior é o risco de apresentar sintomas ou infecções oportunistas.

Os pacientes são orientados para que o preservativo seja usado em todas as relações sexuais, mesmo entre casais soroconcordantes, para evitar re-infecções e com isso o aumento da carga viral.

À medida que progredem as técnicas de combate ao HIV, surge a convicção de que a vitória definitiva é uma perspectiva distante. O melhor horizonte que pesquisadores delineiam neste momento é uma convivência controlada com o vírus, da mesma forma que acontece com várias outras doenças.

#### *1.4 Aspectos Emocionais*

A descoberta da soropositividade para HIV é um momento traumático e de intenso sofrimento psíquico. É um diagnóstico que possui a conotação de morte, estigma, preconceito, interrupção de tudo o que possa significar vida, pelo menos num primeiro momento, e necessitará de algum tipo de reorganização. Neste momento, são descritas sensações de revolta, injustiça, fatalismo, apatia e medo da morte. São reações comuns a qualquer paciente diagnosticado com uma doença grave.

Saber o diagnóstico é vivenciar diversos lutos originados de diversas perdas. O medo da morte faz-se presente pelo reconhecimento da finitude da existência humana e conseqüentemente pela perda da imortalidade, fatores que sempre foram fonte de angústia para todos.

*“(...) embora o medo da morte não seja inato, ele é inerente ao processo de desenvolvimento e está presente em todos os seres humanos. É um medo básico, que influi em todos os outros e do qual ninguém fica imune, por mais que possa estar disfarçado.” (Kovács, 1992 p.24)*

Muitos soropositivos questionam-se sobre como ficarão suas famílias após sua morte, o que acontecerá com eles, inquietações que favorecerão a reflexão sobre a doença no intuito de melhor compreender o que está acontecendo, para possivelmente conseguirem elaborar a situação.

A perda de alguém próximo, como um companheiro (a), pode levar o soropositivo a identificar-se com a situação, fazendo com que pense em sua finitude, em sua doença, nas suas negações, temores e angustias, provocando uma intensificação da dor e do sofrimento. Em algumas pessoas, o luto pode suscitar a necessidade de rever seus sentimentos e talvez a elaboração psíquica do seu próprio morrer, em outras, pode levar a uma maior negação e fuga de sua realidade, refletindo, por exemplo, no abandono do tratamento.

O início deste processo dá-se muitas vezes quando uma pessoa soropositiva assintomática (que não desenvolveu a Aids, mas está contaminada com o vírus) vê uma outra com manifestação da doença, o que geralmente acontece quando utilizam os serviços específicos para o tratamento.

Parkes (1998), quando reflete sobre os efeitos do luto na saúde e mais especificamente no sistema imunológico, ressalta que muitas vezes as pessoas com Aids perdem familiares e amigos com a mesma doença e, uma vez que o vírus HIV atinge o sistema imunológico, a vivência do luto pode tornar-se perigosa para este grupo de pacientes.

Paralelamente, vivencia-se a perda da identidade, o indivíduo passa a ser um soropositivo e perde a identidade saudável. A perturbação da saúde é sentida e sofrida de uma maneira muito pessoal, variável de acordo com as vivências anteriores de enfermidades próprias, na família ou no grupo de relações. Sugere

um estado de dependência e medo que a doença impeça projetos e desejos, deteriore a condição física por meio das infecções oportunistas, além de acionar o sentimento de culpa por ter pegado Aids, ou a tentativa de culpar o outro por ter lhe transmitido a doença.

Perda de relacionamentos, da sexualidade saudável, do estilo de vida e de oportunidades de trabalho são questões que surgem quando o paciente pensa sobre como levará sua vida cotidiana em convivência com o vírus. Quais os cuidados especiais com a sua saúde e com a dos outros, se deve ou não contar a sua condição para um novo parceiro (a), ou no trabalho, ou para amigos, o medo da rejeição e do abandono aparecem como desafios a serem enfrentados.

Nos relacionamentos de casais um cônjuge pode omitir o diagnóstico do outro por medo de recriminação e abandono. Como freqüentemente as atividades extraconjugais são mantidas em segredo, a revelação do diagnóstico torna-se duplamente difícil.

Muitas vezes, renunciar a um novo romance tem sido uma das tristes heranças de alguém que dividiu muito de perto o sofrimento com um doente de Aids. As mulheres especialmente têm assumido este fardo. Esposas ou companheiras tratam dos parceiros infectados, ainda que muitas vezes completamente tomadas pela mágoa, mas depois de sozinhas não querem mais namorar e abandonam a vida sexual, independente da sua soropositividade.

### *1.5 Aids e segredos*

As questões relativas ao fato de ser portador do vírus HIV ou doente de Aids estão carregadas de segredos.

A guarda do segredo é um reflexo direto das opiniões sociais que estigmatizam o paciente soropositivo. Para grande parte das pessoas a doença freqüentemente está associada a comportamentos geralmente desaprovados. O medo de ser estigmatizado leva os indivíduos e as famílias a manter o diagnóstico em segredo. (Walker, 2002; Imber-Black, 1994).

Os segredos fazem parte das relações humanas. Apresentam-se em um constante jogo entre o mostrar versus esconder, o contar versus o calar. Tratando-se da Aids, as pessoas escondem seus sentimentos para se protegerem ou protegerem o outro. O silêncio, ainda que sempre justificado pelo medo da discriminação, pode ser companheiro do remorso.

*“Cala-se para não explicitar o sofrimento, mas sofre-se porque não há possibilidade de partilhamento. Cala-se ainda, socialmente, na crença de que falar sobre o assunto pode piorar as coisas, falar significando concretizar a doença, torná-la presente, instalada e sem possibilidades de se ficar livre dela.” (Freitas, 2002, p.3)*

Muitas vezes o diagnóstico do soropositivo é mantido em segredo até mesmo após a sua morte, pois as famílias sentem-se incapazes de revelar ou falar abertamente sobre o assunto. Em muitos casos de parcerias homossexuais os parceiros sofrem por não terem seus relacionamentos reconhecidos por amigos e

familiares do morto, o que pode levá-los a não receber o apoio de que necessitam e torná-los aptos a vivenciar o luto não autorizado.

### *1.6 Aids e Morte*

O século XX foi palco de grandes transformações sobre a morte e o morrer. Áries (1977) e Kluber-Ross (1992) são alguns autores que não posso deixar de mencionar quando trato deste tema. Áries (idem) chama a atenção para as modificações culturais e sociais relacionadas à mortalidade, quando afirma que anteriormente a morte tinha um espaço no contexto familiar e social, e que hoje tornou-se um ato solitário, mecânico e muitas vezes desumano. Kubler-Ross (idem) por sua vez, abriu a possibilidade de discussões sobre o tema, e análise dos sentimentos e comportamentos vivenciados pelos pacientes com diagnóstico de doenças fatais como a negação e isolamento, raiva, barganha, depressão e aceitação.

A morte, porque é inevitável, sempre foi cercada por medos, evitações e negações. A Aids, que debilita o físico gradativamente e de modo imperdoável, faz emergir os mais profundos medos: o sofrimento, a dor e o desconhecido pós-vida.

Quando o paciente começa a desenvolver a Aids, fase em que o sistema imunológico está debilitado, a carga viral mostra-se aumentada e as infecções oportunistas começam a aparecer, iniciam-se também as internações de curto ou longo prazo.

Segundo dados do Ministério da Saúde de 30 a 40% dos pacientes que começam a desenvolver as infecções oportunistas apresentam lesões no Sistema Nervoso Central, alguns sofrem profundo emagrecimento, retardo psicomotor, confusões e alucinações. (Brasil, 2005)

No Brasil, as doenças oportunistas mais comuns são: candidíase (sapinho); pneumonia por pneumocystis carinii (um tipo de protozoário); tuberculose; toxoplasmose; sarcoma de Kaposi (um tipo de câncer); herpes; criptococose e citomegalovirose.

A terminalidade é a fase final vivenciada pelo doente de AIDS. O paciente passa a ter um prognóstico reservado.

*“O diagnóstico de uma doença com prognóstico reservado traz à tona a fragilidade do ser humano e o contato com a sua finitude, lembrando a possibilidade da morte mais próxima.” (Kóvacs, 1996 p.17)*

A perda da saúde é vivenciada aos poucos. A perda da esperança surge com as internações hospitalares e o paciente vivencia o afastamento do trabalho, dos amigos e familiares.

O agravamento do quadro geral do paciente acarreta série de mudanças que não correspondem ao ideal ocidental de boa morte, que deveria ser repentina, sem violência e sem dor. (Franco, 2002).

Esta também é uma fase muito difícil para os familiares e para aquelas pessoas mais próximas do paciente.

Alguns autores como Rolland (1998) e Fonseca (2004) afirmam que nesta fase tanto a família como o doente têm tendência à tristeza e à separação antecipatória, às vezes desejam intimidade maior, às vezes afastam-se emocionalmente. Na fase terminal, a inevitabilidade da morte torna-se aparente e domina a vida familiar; é a fase da separação, da tristeza, da morte, da vivência do luto e da retomada da vida familiar após a morte.

Terminando as reflexões sobre a vivência da soropositividade, nos capítulos seguintes tratarei dos caminhos da relação conjugal.

*“E a ira muda? E o asco mudo? E o  
desespero mudo?  
E as palavras de fé que nunca foram ditas?  
E as confissões de amor que morrem na  
garganta?  
(Inania Verba - Olavo Bilac)*

## *II. Trajetória Histórica E Evolutiva Da Formação De Casais*

---

Contrariamente ao que ocorre em outras espécies, o ser humano não está equipado para sobreviver sozinho. A relação a dois é existente mesmo antes do nascimento. A solidão está ligada à morte. A necessidade de contato passa pela alimentação, afeto, conhecimento e sexo. Ficar só seria o temido castigo a que são condenados os pecadores ou transgressores.

*“Não é bom que o homem viva sozinho. Vou fazer para ele alguém que o ajude como se fosse a sua outra metade.” (Gênesis II, 18)*

O pânico da solidão é contraposto pelo mito de pertencer. Este pertencimento passa pela escolha, escolher e ser escolhido, uma forma de assegurar o sustento afetivo.

A escolha de parceiros envolve complexo arsenal de motivações, ligadas a vivências emocionais íntimas e profundas. O casamento é uma das únicas entradas no sistema familiar que admite escolha. Ao casarem-se, duas pessoas compartilham muito mais do que um lar ou tarefas comuns, estabelecem relacionamento complexo em que estão presentes as histórias de vida de cada um e de suas famílias, seu contexto social, econômico, seus valores, suas expectativas sobre o amor e pelo relacionamento conjugal. (Cervený, 1994; Carter & McGoldrick, 1995; Papp, 2001; Souza, 1997).

O desenvolvimento do vínculo conjugal dependerá da capacidade dos indivíduos em lidar com a frustração com a qual se deparam quando a realidade se impõe, de tal forma que a imagem idealizada não corresponde mais ao comportamento do outro, e também da condição psicológica dos parceiros para reestruturarem o vínculo em bases mais reais.

Neste início de século XXI, o casamento tende a representar cada vez mais um ato de vontade, regido pelas necessidades e anseios de prazer e realização estabelecidos livremente pelo casal, e propõe caminhos para negociar diversas questões relacionadas a comportamentos, tradições, crenças, rituais, relacionamentos de amizade, sociais e familiares que fazem parte das vivências individuais do casal. O foco principal é o ideal do amor romântico, que considera a conjugalidade advinda do encontro amoroso.

Na vivência deste amor romântico, a atividade sexual apresenta-se como decorrência de um relacionamento amoroso. Durante muito tempo foi possível associar a atividade sexual feminina ao casamento. A autonomia, a respeitabilidade social e a vivência da sexualidade eram frutos da nupcialidade. (Anton, 2000; Osório e Valle, 2004; Rosset, 2004)

O casamento, como uma instituição social, acompanhou os movimentos histórico-sociais, sofrendo transformações no decorrer dos tempos, as quais deixaram resquícios em valores, mitos, crenças e regras, influenciadores das concepções e condutas familiares referentes às escolhas conjugais.

Na atualidade, diferentes autores (Anton, 2000; Feres-Carneiro, 1996; Osório e Valle, 2004; Rosset, 2004) apontam que homens e mulheres casam-se por motivações diferentes: as mulheres buscam a realização de seus sonhos, de partilhar uma vida a dois, enquanto para os homens o casamento está muito mais vinculado à idéia de constituir uma família.

Neste capítulo, buscarei refletir sobre as transformações históricas da formação dos casais, os resquícios e influências destes movimentos na formação do casal contemporâneo.

## *2.1 - Movimentos histórico-sociais: Uma viagem sobre a formação dos casais ao longo dos séculos.*

O que chamamos de amor, fator importante na escolha conjugal atual, refere-se a um sentimento, um movimento interior que justifica a escolha pelo afeto e que envolve sexo, prazer, exclusividade, casamento, filhos e a duração do próprio sentimento, porém nem sempre foi assim.

Na sociedade grega (séc. X a.C. até séc.VIII a.C.), o casamento não apresentava relação com o amor. Tinha como objetivo básico procriar filhos legítimos e dar continuidade à propriedade do marido. Para os homens era fundamental no sentido de torná-lo cidadão, o que só ocorria após o casamento; para a mulher, o casamento permitia ter e criar filhos reconhecidos pela sociedade.

O casamento representava um importante ritual de passagem, por meio do qual tanto as moças quanto os rapazes entravam na principal etapa de suas vidas, etapa essa que só se completava com o nascimento dos filhos.

Costa (2000) afirma que na Idade Antiga (séc. VIII a.c. até 476 d.c.), o casamento assentava-se em um acordo formal entre o noivo e o pai da noiva, o qual incluía o pagamento de um dote por parte do pai. Esta forma de união conjugal não levava em consideração a vontade da noiva, nem dependia do seu consentimento para ser celebrado. O principal objetivo do casamento romano era ter descendentes legítimos e desposar um dote.

No início do Cristianismo não se priorizava o casamento e/ou família, mas sim a virgindade e a abstenção dos prazeres. Homens deveriam permanecer celibatários; as viúvas, castas e as solteiras, virgens pois se recomendava a renúncia da carne para aqueles que queriam ganhar o reino dos céus. O amor estava na relação com Deus, amar significava entregar-se a Deus, entrar na religião, dedicar-se à contemplação e à caridade com o corpo imaculado e com a alma piedosa.

Agostinho, o principal teólogo ocidental do séc. V, se colocou a favor do casamento, pois o via como fonte de procriação e não apenas como uma busca pelo prazer carnal. Sendo assim, ressaltou que os bens do casamento eram a criança, a fidelidade e o sacramento. Desta forma foi o primeiro a destacar a relação entre sacramento e matrimônio.

A partir desses pensamentos foi criado um modelo cristão de casamento no qual era necessário que houvesse monogamia e indissolubilidade ao invés do divórcio e concubinato que eram freqüentes nessa época. Porém, o matrimônio só passa a integrar o rol dos sete sacramentos da Igreja em 1150 com a reforma Gregoriana. A cópula passa a ser sacramentalizada como sinal de união corpórea entre Cristo e a Igreja e desta forma se tornou um sinal do amor de Deus.

Sob o controle da Igreja, instituiu-se a liberdade e a igualdade no consentimento, mas diminuiu-se o espaço para a paixão e o direito ao erro ou à mudança pela indissolubilidade do casamento. Evidentemente, esta evolução quanto ao consentimento levou alguns séculos para ser admitida e ainda não é aceita em diversas culturas. A importância do amor no relacionamento conjugal

era extremamente reduzida. A validade do sacramento do matrimônio residia na fidelidade e em filhos em comum.

*‘O amor era considerado mais como resultado de uma vida em comum do que como base de um relacionamento conjugal, ou seja, a regra era “primeiro casa, depois ama, o oposto do que começa a predominar no século XXI: “primeiro ama e depois casa.” (Costa, 2000 p.25)*

Simultaneamente, como visto nos movimentos literários da época, personalizava-se o amor cortês cantado por quase todos os menestréis dos séculos XII e XIII, quando as cantigas de amor tinham um ideal amoroso que partia do princípio de que o amante ideal era aquele que vivia em constante sofrimento amoroso porque não era correspondido e precisava demonstrar paciência, submissão e fidelidade à amante amada, como se ele fosse um vassalo e a mulher amada, o sustentáculo.

A Igreja não aceitava e condenava as poesias e histórias cantadas pelos menestréis, pois retratava a pureza do amor conjugal, sem hierarquia entre homens e mulheres e sem o pecado da carne. O amor cortês substituíra o casamento porque o que buscava era o enlace de corações e não o enlace dos corpos.

Durante a Renascença até a Idade Moderna, as mulheres passaram a se casar com um pouco mais de idade. Na França, por exemplo, a idade passou de 22 para 26 anos. As mulheres da aristocracia e da classe média casavam-se menos do que as da classe operária e isto se devia à questão dos dotes, cada vez mais elevados. Os aspectos sociais e econômicos predominavam na escolha do

cônjuge e só em alguns casos o amor se sobrepunha a estes imperativos. Cerca de 50% dos casamentos duravam menos de 15 anos enquanto mais de um terço menos de 10 anos, por causa da morte de um dos cônjuges; as mulheres morriam em maior número, principalmente pelas complicações relacionadas à gravidez, parto e puerpério e os homens, às guerras e a acidentes de trabalho.

Naquela época houve uma promoção radical da castidade e do puritanismo em todas as áreas da vida cotidiana, inclusive proibindo todas as formas de exposição do corpo. O pudor tornou-se um símbolo de distinção social e moral, principalmente na classe média. A paixão sensual passou a ser censurada até mesmo dentro do casamento pelo fato de enfraquecer o amor a Deus.

O século XVIII constituiu o florescer do casamento igualitário, baseado no afeto mútuo e na compatibilidade sexual. Recomendava-se que os cônjuges se esforçassem para estabelecer uma amizade íntima, que pudesse oferecer uma maior aproximação no interior do casamento.

Surgiu o Romantismo, fazendo prevalecer os sentimentos sobre a frieza da razão e a imaginação sobre a análise racional, consagrando a espontaneidade. Os românticos faziam apologia das emoções, da inocência, da família, do amor e da beleza. O amor tornava-se uma epidemia que contagiava as pessoas que passavam a suspirar e a sofrer no desempenho do papel de apaixonados.

Evidencia-se também nesta época a Revolução Industrial e o Capitalismo, a mulher é aceita no mercado de trabalho e deixa de ser propriedade privada familiar, passa da posição exclusiva de reprodutora para se tornar, também, produtora, dando um importante passo para sua libertação.

Desta forma, o que se tem é uma relação entre o desenvolvimento do capitalismo e a emergência do valor positivo atribuído ao amor como escolha afetiva. São processos complementares, a racionalidade do capitalismo se complementa com a irracionalidade do amor romântico.

Esse processo de proletarização da burguesia, que agora se torna assalariada, possibilitou que a escolha dos cônjuges fosse feita pelos próprios jovens, já que agora não havia tanto capital a ser protegido.

No entanto, o século XIX, que assistiu a esse avanço, é o mesmo que vai servir de palco ao moralismo vitoriano, convidando homens e mulheres a refrearem sua sexualidade e impondo uma nova prática das relações sexuais, visando melhorar as condições de vida do proletariado. Essas melhorias possibilitaram a volta das mulheres e crianças aos lares e a atração exercida pelo modelo de família feliz da burguesia fez com que, pouco a pouco, a família proletária adotasse os padrões da burguesia.

Simultaneamente a este movimento, houve um incremento do relacionamento idealizado entre pais e filhas e mãe e filhos, servindo de cenário para que Freud (1905) pudesse falar do Complexo de Édipo.

Pode-se dizer que somente a partir do século XX, mais especificamente na segunda metade dele, é que vai surgir na história da humanidade o casamento por amor, reunindo liberdade de escolha, ternura, amizade, concepção e prazer sexual.

*“Aquele que parece ser a tendência mais marcante desta segunda metade do século XX, é que a constituição e a manutenção da vida em casal se baseie nos desejos dos interessados. Não por um mandato exterior ao que se tem cegamente que cumprir. Nem por uma inércia desprovida de vida que nos impele a prolongar acordos sem saber por quê. O casal atual vem ocupando tempos humanos, tempos de inconstância, de flutuações, e não as eternidades, que costumam corresponder a tempos divinos.” (Turkenicz, 1995,p.102)*

Ao colocar o sexo e a sexualidade no centro de um sistema de pensamento, a Psicanálise vai influenciar a grande mudança de comportamentos que se verificará no século XX. A relação conjugal e a família irão progressivamente diferenciar-se ao longo deste período, criando-se a consciência de que a família é indestrutível, mas o casamento nem sempre.

O que se pode observar nos tempos de hoje é que a união de casais vem, cada vez mais, sendo um assunto dos diretamente interessados. A vida em comum passou a ser menos uma obrigação que se assumiu em algum momento do passado e ao qual se tem que honrar e mais uma ampliação dos horizontes de enriquecimento pessoal, vida em comum que se prolonga enquanto o desejo recíproco permanecer.

A aventura de constituir um casal nos tempos de hoje vem perdendo sua pompa e solenidade. Trata-se cada vez menos de uma iniciativa destinada a durar por toda a vida e cada vez mais a durar enquanto for boa.

A desvinculação da sexualidade das exigências da procriação; as escolhas que deixam de responder somente aos interesses familiares e tornam-se individuais; o casamento passa do espaço privado, secreto para o público; o amor romântico começa a fazer parte das relações conjugais incorporando os elementos do amor-paixão; o desenvolvimento científico, tecnológico com o advento dos contraceptivos modifica as interações intra-casais; as lutas em defesa das liberdades individuais tornam cada vez mais evidente a nova condição feminina, ressaltando as questões de gênero.

Estas são questões atuais que caracterizam os relacionamentos contemporâneos e delineiam a tônica das relações conjugais.

#### *2.4 - A questão de gênero na relação conjugal*

Para aprofundar este tema, discutirei a seguir a questão de gênero na relação conjugal.

O significado do casamento na época atual é muito diferente do que fora no passado, a saída da mulher de casa para ocupar um papel de destaque no mercado de trabalho foi uma das principais causas dessa mudança.

Acredito que seja relevante conceituar a diferença entre os termos “sexo” e “gênero”. O primeiro restringe-se às características biológicas: a reprodução dá-se por meio da diferenciação sexual entre homens e mulheres, enquanto que “gênero” diz respeito a uma construção social determinada por características culturais e psíquicas e pelo significado atribuído por cada sociedade, de forma

diferenciada a mulheres e homens para traços, comportamentos, valores, sentimentos, condutas e papéis.

Mustin e Mareck (1990) pontuam que gênero não é somente uma propriedade individual, mas uma relação socialmente prescrita, um processo e uma construção social. Como raça e classe, entretanto, não pode ser renunciado voluntariamente.

Considerando que a noção de gênero é assimilada por meio de crenças e valores transmitidos nas instituições sócio-pedagógicas, essa aprendizagem gera expectativas sociais diferentes para homens e mulheres, na medida em que cada sexo enfrenta problemas e desafios de vida diversos (Benoit 2000, D'Oliveira 1999; Giffin, 1998; Lopes, 1996; Louro, 1997).

Concreta e automaticamente, acabamos por aceitar masculino e feminino como algo inerente à nossa condição social e, portanto, difícil de ser contestado, já que este conceito terá em nossa sociedade a função de normatizar comportamentos e suas questões, ancorado num conjunto de idéias, valores e mitos, que indicará como homens e mulheres deverão se comportar, sentir e pensar.

Costa e Tajer (2000) escrevem sobre a importância de identificar os efeitos da construção da subjetividade, nas representações sociais acerca do que deve ser um homem e uma mulher: as prerrogativas, os valores, as permissões e as proibições, e os efeitos diferenciais na vida e no corpo do homem e da mulher e, conseqüentemente, os efeitos no processo de saúde e enfermidade dos sujeitos.

Houve algumas mudanças na percepção das diferenças no desenvolvimento masculino e feminino e em suas implicações com o ciclo de vida familiar, proporcionadas pelo contexto social, econômico e político. Papéis exclusivamente femininos ou masculinos agora são exercidos com maior flexibilidade entre ambos.

Não há dúvida de que os ditames econômicos tiveram uma grande ressonância na situação de desvalorização da mulher, que passou a sentir-se cada vez mais inútil em casa, percebendo a progressiva desvalorização dos serviços domésticos e ansiando por mais liberdade. Surgiu uma questão básica que relacionava a subordinação da mulher como uma questão de poder.

O movimento feminista, iniciado nos meados dos anos 60, pregava a igualdade dos sexos, sem perder de vista as diferenças biológicas. As mulheres reivindicavam um lugar na sociedade, onde pudessem ter maior liberdade de expressão corporal, verbal e sexual.

Papp (2002) sustenta a teoria de que família e sociedade socializam homens e mulheres de formas diferentes, seja quanto ao amor, ao matrimônio, à sexualidade ou a questões relacionadas à intimidade, o que freqüentemente, provoca uma série de conflitos entre os parceiros. Às vezes, esses conflitos decorrem não da falta de amor, mas devido a uma incompatibilidade de expectativas e perspectivas.

Assim, as mulheres são educadas para ter como principal meta de vida cuidar do outro e desempenhar atividades que levem ao engrandecimento desse outro e não ao delas próprias. A auto-imagem feminina, portanto, fundamenta-se na capacidade de dar afeto, exprimir as próprias emoções e ter empatia para com o outro; tais atributos tornarão a mulher apta para os papéis que irá desempenhar

na nova família, como aquela que conforta o outro, facilita relacionamentos e suaviza conflitos.

Quanto aos homens, a socialização enfatiza mais as conquistas e não as relações pessoais. Assim, o fato de doar-se não faz parte de sua auto-imagem, como ocorre com as mulheres. Ao contrário, a auto-imagem dos homens se conecta muito mais com o fazer e, embora desejem atuar como pais e maridos, a sua definição de masculinidade provém, predominantemente, dos papéis que desempenha fora da família. Como o êxito na força de trabalho exige que os homens reprimam os seus sentimentos e aprendam a dominar a paixão ou qualquer vestígio de debilidade, tenderão a desenvolver uma conduta controlada e calculada. Para adquirir tal padrão de comportamento, terminam obscurecendo a própria sensibilidade e inibindo a sua capacidade de responder às necessidades dos outros. Então, as relações íntimas são postas em segundo plano e passam a ser encaradas como impedimentos ou armadilhas para o sucesso.

Apesar de os homens temerem as ameaças relacionadas ao amor e à intimidade, essa necessidade de desfrutarem de uma vida afetiva mais plena não desaparece. Às vezes, eles podem mostrar-se reticentes quanto a expressar e reconhecer qualquer necessidade emocional, talvez temendo ser rejeitados ou humilhados.

De fato, os homens não estão acostumados a solicitar o que desejam em relação à afetividade, porque, dentro da estrutura familiar em que foram criados, aprenderam que caberia à mulher ocupar-se em satisfazer-lhes as necessidades físicas e emocionais.

*“Culturalmente, aos homens é outorgado pleno controle das relações sexuais, o que reassegura o sentido de poder, enquanto que para as mulheres, o exercício da sexualidade está atrelado à reprodução e à maternidade.” (Paiva, 2000 p.63)*

Frente a isso, a sexualidade torna-se terreno propício para conflitos entre homem e mulher. O sexo pode servir, então, como instrumento de manipulação nas sutis e complexas negociações pelo poder, sendo capaz de regular a intimidade e a distância que existe entre o casal, dando prazer, reprimindo e exacerbando afetos, ou mesmo apaziguando momentos difíceis. Por meio da relação sexual, o homem participa daquela condição que lhe é imposta pela sociedade patriarcal, em que status e identidade masculina se confundem. Por outro lado, a fim de satisfazerem aos homens, dos quais depende sua segurança emocional, as mulheres se esforçam mais em dar prazer sexual a recebê-lo, além de conviver, também nesta área, com possíveis episódios de falta de compreensão e comunicação.

Ao perceberem a verbalização dos sentimentos como parte importante de sua intimidade, as mulheres, muitas vezes, se ressentem do silêncio masculino ao buscarem satisfazer as necessidades sexuais dos seus parceiros, quando as próprias necessidades de comunicação não são preenchidas; assim, podem recusar-se a ter relações sexuais com o parceiro. Nesses casos, ocasionalmente, os homens sentem-se rejeitados na sua masculinidade e acusam as esposas de frígidas.

O movimento feminista, iniciado por volta de 1960, também fez com que as mulheres passassem a reivindicar independência e igualdade também no ato sexual. Para muitos homens, essa forma de sexualidade mais assertiva por parte da mulher tornou-se ameaçadora, chegando muitos a duvidarem se essa igualdade seria ou não compatível com uma boa relação sexual. Porém, ainda hoje, esta questão é uma das mais discutidas nas terapias de casais, quando não é a queixa inicial dos mesmos, onde fica explícita a relação de sexualidade e poder.

Outra causa de disputa por poder na relação conjugal é a questão econômica, pois os casais freqüentemente brigam por dinheiro, status, prestígio e autoridade. Por isso, quando os homens vêm-se impossibilitados por doença ou desemprego de exercer essa capacidade de ganhar dinheiro, ficam melindrados na sua masculinidade, sentem-se desamparados e frustrados, muitas vezes tornam-se violentos ou caem em depressão (Costa, 2000; Papp, 2002; Turkenicz, 1995).

Nesse particular, também as mulheres costumam estar em desvantagem quanto ao poder econômico, pois dispõem de menos recursos que os homens; as tarefas por elas exercidas no lar também não são valorizadas em termos financeiros.

### *2.3 - O casal contemporâneo frente ao novo milênio*

Atualmente a família passa por uma nova definição das relações entre os sexos, com negociação intensa na divisão das tarefas e na nova elaboração dos papéis. Os relacionamentos comportam maior democratização, acompanhados por nova valorização do trabalho e das atenções recíprocas, quer entre os gêneros, quer entre as gerações.

A constituição do casal já não necessariamente une duas famílias, mas sim duas pessoas. O casamento deixou de ser portador de um caráter sagrado, portanto, o estigma que recaia sobre as separações diminuiu. A separação deixou de ser um fato socialmente excepcional para ser um fato corriqueiro, apesar de carregar consigo a dificuldade do ser humano em enfrentar a separação e a perda. É cada vez mais freqüente a experiência de filhos que convivem com pais que se separam e, depois de separados, voltaram a constituir cada um deles, novas uniões, chamadas famílias reconstituídas.

As mulheres têm abandonado a condição de ocupar-se unicamente com as tarefas domésticas e vem ingressando significativamente no mercado de trabalho, com isso, conquistando maior condição de independência econômica.

A diminuição da fecundidade faz com que a procriação não seja um elemento central no casal. Viver conjugalmente é possível mesmo quando não são gerados filhos.

O aumento da expectativa de vida expõe os casais a maior incidência de crises na vida em comum. Sendo assim, as uniões livres (viver juntos, inclusive no mesmo endereço) têm sido uma das modalidades de relação mais procuradas

entre os casais, pois deixam os protagonistas com mais agilidade seja para juntar-se ou para separar-se.

*“A tendência atual não está mais ligada à noção transcendente do casal, mas antes à união de duas pessoas que se consideram menos como metades de uma bela unidade, do que como dois conjuntos autônomos.”* (Anton, 2002 p.148).

A influência da tecnologia também tem atingido os casais. A Internet oferece inúmeras possibilidades de encontros e romances, reais ou virtuais. Muitos lares possuem computadores, sendo possível acessar a qualquer hora do dia ou da noite um mundo de representações nos quais pode-se encontrar novas pessoas. Muitos sites e salas de encontros permitem que se busque a pessoa idealizada.

Apesar dessas redefinições e modificações nos papéis masculino e feminino, a escolha de parceiros põe em evidência o desejo humano de relacionar-se intimamente, o que parece ser uma constante ao longo da história.

Segundo Lemaire (1990), as forças do sentimento de estar unido a outrem se originam do desejo humano natural de proximidade. Levados a extremos, eles conduzem a uma busca de complementação. Este desejo de proximidade e complementação é o tema que discutirei no próximo capítulo, por meio das teorias que respaldam este estudo.

*“Oh. Não me chames coração de gelo!  
Bem vês: trat-me no fatal segredo  
Se de ti fujo é que te adoro e muito  
És bela-eu moço; tens amor, eu – medo!  
(Amor e Medo – Casimiro de Abreu)*

### *III. Entendendo A Conjugalidade*

---

Por conjugalidade ou identidade conjugal, entende-se a maneira ímpar que o casal escolhe de ser, de interagir e que define suas características e limites. Como foi visto no capítulo anterior, o casamento caracteriza-se por ser uma das instituições mais antigas e tradicionais da civilização ocidental e é considerado uma relação importante para ambos os sexos, pois implica em compartilhar a intimidade e fazer grande investimento emocional e afetivo.

Apesar da conjugalidade permanecer nos projetos dos indivíduos, é inegável que as formas de constituí-la e de vivê-la sofreram, ao longo das últimas décadas, transformações profundas. Transformações essas que não deslocam a conjugalidade do seu lugar fundamental nas biografias individuais, mas assentam sobretudo, num aumento das fases possíveis de transição entre uma situação conjugal e uma situação não-conjugal, configurando, em suma, em maior pluralidade de trajetos conjugais possíveis. A baixa da nupcialidade, o aumento das uniões estáveis, dos divórcios e dos recasamentos, o aumento das pessoas sós e das famílias monoparentais, bem como a emergência de modos alternativos de entrar e viver em casal, constituem mudanças que vêm alterar, ao longo da vida, o entrelaçamento entre indivíduo, casal e família.

A partir disso, buscarei neste capítulo entender por meio da Teoria Geral dos Sistemas e da Teoria do Apego, a formação e dissolução da conjugalidade.

### **3.1 APRESENTANDO A TEORIA GERAL DE SISTEMAS**

No início da década de 1930, o biólogo alemão Ludwing Von Bertalanfy desenvolveu a Teoria Geral dos Sistemas. Os estudiosos dessa teoria procuraram formular generalizações sobre como as partes e os todos se relacionavam, independentemente das disciplinas nas quais eram observadas. Para Bertalanfy, as pessoas são criativas, ativas e exercem controle sobre o seu ambiente. Na Teoria Geral dos Sistemas, a ênfase é dada à inter-relação e interdependência entre os componentes que formam um sistema, que é visto como uma totalidade integrada, sendo impossível estudar seus elementos isoladamente.

A Teoria Geral de Sistemas fundamenta-se em três premissas básicas que relatam que os sistemas existem dentro dos sistemas, os sistemas são abertos e as funções de um sistema dependem de sua estrutura (Chiavenato, 2004, Seixas, 1992).

Os sistemas existem dentro dos sistemas, porque as moléculas estão dentro das células, as células dentro de tecidos, os tecidos dentro dos órgãos, os órgãos dentro dos organismos, os organismos dentro de colônias, as colônias dentro de cultura nutrientes, as culturas dentro de conjuntos maiores de culturas, e assim por diante.

Os sistemas são abertos porque é uma decorrência da premissa anterior, pois são caracterizados por um processo de intercâmbio infinito com seu ambiente, que são os outros sistemas, e, quando o intercâmbio cessa, o sistema se desintegra, isto é, perde suas fontes de energia.

E as funções de um sistema dependem de sua estrutura porque os sistemas são interdependentes, na medida em que suas funções se contraem ou expandem, sua estrutura acompanha.

Foi na década de cinquenta, com o advento da cibernética e tomando emprestado a teoria de sistemas, que alguns estudiosos se reuniram em torno da família, buscando explicações para seu funcionamento, sobre o qual falarei a seguir.

### ***3.2 O SISTEMA FAMILIAR E O SISTEMA CONJUGAL***

A terapia familiar sistêmica entende a família como um sistema aberto que se autogoverna por meio de regras que definem o padrão de comunicação mantendo interdependência entre os membros e com o meio no que diz respeito à troca de informações e usa de recursos de retroalimentação para manter o grau de equilíbrio em torno das transações entre os membros.

O sistema familiar é formado por vários outros sistemas, subsistema parental, fraternal, entre outros. O casal também é considerado um subsistema do sistema familiar, que interage com os demais subsistemas em nível intergeracional, acompanhando as etapas evolutivas do ciclo de vida familiar e recebendo as influências sócio-culturais de um momento historicamente definido.

Sendo assim, uma relação conjugal não é apenas a soma de duas personalidades, é a união de duas unidades sociais distintas. A família de origem de cada cônjuge fará parte do processo de construção deste novo núcleo familiar,

determinando as crenças e expectativas de cada parceiro quanto à relação conjugal.

A experiência cotidiana indica que quanto menos elementos conflitantes não resolvidos a família de origem tiver, mais livre é a escolha do parceiro, no sentido de que as obrigações, as proibições e a necessidade de se ligar a um determinado tipo de parceiro são muito menos prementes.

### 3.3 *DESENVOLVENDO A CONJUGALIDADE NO SISTEMA FAMILIAR*

Segundo Lemaire (1990), os casais oscilam num movimento dialético entre esperar que o outro lhe dê uma parte de si mesmo e defender-se contra a invasão do outro. Este paradoxo fusão-diferenciação acompanha as fases sucessivas da relação conjugal alternando momentos de idealização do parceiro e de luto pela renúncia à imagem ideal que se tinha do outro. O vínculo deve suportar transformações e perdas contínuas.

Bowen (1978) afirma que a tendência universal de buscar a fusão está relacionada à incompleta diferenciação da pessoa em relação à sua família de origem.

*“ As questões que os parceiros não resolveram com suas próprias famílias provavelmente serão fatores importantes na escolha conjugal e interferirão no estabelecimento de um equilíbrio conjugal útil.” (Bowen, 1978 p.56)*

O indivíduo que é capaz de fazer escolhas e assumi-las com conhecimento e responsabilidade pelas conseqüências, é visto como uma pessoa amadurecida, pronta para se auto-conduzir, portanto, independente de seus pais ou de quem os criou.

Estão implícitas nesta fase várias perdas. Inicialmente, presencia-se o luto pela saída do núcleo familiar. Para poder constituir um casal, os cônjuges necessitam poder se separar de suas famílias de origem, faz-se necessário que criem com seus familiares um novo relacionamento, diferente do que havia antes da união. Essa diferenciação é que permitirá a criação do novo núcleo familiar com características próprias. É importante que as famílias aceitem e promovam esta ruptura, que não significa um desligamento afetivo, mas a possibilidade de privilegiar esta nova relação em referência às outras.

Bowen (1991) e Kerr (1988), com o intuito de melhor compreender e analisar como se processa o funcionamento emocional dos diferentes tipos de família no que diz respeito a facilitarem ou dificultarem o desenvolvimento de seus membros, classificaram as famílias em:

- Família Diferenciada: permite aos seus membros tornarem-se autônomos e independentes;
- Família Fusionada: caracteriza-se como dificultadora do desenvolvimento de seus membros, cada um pensa, sente e funciona pelos demais;
- Família Desconectada: faz uso do distanciamento familiar e isolamento de seus membros para fazer frente à tendência à fusão.

Acredito que, por meio do conhecimento dos modelos interacionais familiares, os cônjuges podem criar novas formas de vivenciar suas experiências, facilitando assim a formação da conjugalidade.

A escolha por um parceiro impõe a renúncia às outras possibilidades do relacionar-se. A fidelidade é considerada um dos aspectos mais importantes na relação conjugal. É muitas vezes, considerada uma prova de respeito, lealdade e amor. Tem suas bases na reciprocidade afetiva e sexual, estabelecida por duas pessoas independentes, criativas e capazes de manter relacionamentos cooperativos em que se observa equivalência ao dar e receber gratificações.

### ***3.4 SEXUALIDADE NA CONJUGALIDADE***

Outro ponto muito importante no desenvolvimento da conjugalidade é a sexualidade do casal.

As primeiras teorias para a compreensão da sexualidade humana surgiram na Grécia, cerca de 500 anos a.C., quando Platão, Aristóteles e Hipócrates manifestaram seus conceitos sobre este assunto.

A Organização Mundial de Saúde, OMS, definiu sexualidade como uma energia que encontra a sua expressão física, psicológica e social no desejo de contacto, ternura e, às vezes, amor.

O comportamento sexual pode ser reflexo de um aspecto hereditário, médico, cultural, circunstancial, etário e pessoal.

As influências culturais são marcantes e devem ser levadas em conta quando se procura focar a sexualidade da pessoa. Evidente que cada cultura entenda e represente a sexualidade de forma diferente. É importante ressaltar que dependerá também de como a pessoa a vivencie desde criança.

Na década de 60, as mulheres lutaram por liberdade sexual, por ter direito ao prazer e por se emanciparem da repressão da família e da sociedade. Hoje, tanto as mulheres quanto os homens são quase intimidados a apresentar um bom desempenho e a ter uma vida sexual obrigatoriamente ativa. Não ter vida sexual ativa, e bem ativa, passou a ser sinônimo de fracasso.

Segundo Ballone (2003), a atividade sexual pode ser dividida em três fases: desejo, excitação e orgasmo. Considera-se que o desejo sexual seja um complexo vivencial formado por três componentes principais: a biologia, a psicologia e a socialização, todos interagindo continuamente. Contribuem para a gênese do desejo sexual as fantasias sexuais, os sonhos sexuais, a iniciação à masturbação, o início do comportamento sexual, a receptividade do companheiro(a), as sensações genitais, as respostas aos sinais eróticos no meio ambiente, entre muitos outros fatores.

A vida sexual é um fator importante na estabilidade do casal, principalmente se na fase do namoro o comportamento era diferente do apresentado após o casamento. A atividade sexual no namoro tende a ser mais excitante e constante. Já a convivência conjugal torna-a corriqueira e, em muitos casos, sem emoção.

A vivência clínica tem demonstrado que é difícil para os cônjuges serem sexualmente felizes, se não houver felicidade emocional em qualquer outro campo da vida em comum. A comunicação, o intercâmbio de opiniões, de gostos, de

desejos íntimos são componentes essenciais das boas relações conjugais. Quando existem essas características, é muito mais fácil ter desejo pelo parceiro ou parceira. É possível compartilhar a sensibilidade, o intercâmbio corporal e as emoções simultâneas se já houve uma experiência semelhante em outras atividades, se já foram compartilhadas outras pequenas ou grandes sensações, fatos e superadas dificuldades cotidianas.

Em tais circunstâncias, o ato sexual adquire características de um ritual sumamente simples. O ato sexual se converte, desse modo, num momento relaxante, de íntima união, em que, por um instante, ficam entre parênteses as preocupações e os desgostos. Há uma transfusão mútua de sensualidade, de ternura e, sobretudo, de zelo de um pelo outro.

Nos casais com problemas de sexualidade impera a negativa de um dos membros a proporcionar prazer ao outro, tanto em quantidade como em qualidade suficientes. Muitas vezes, há pensamentos profundamente enraizados nos casais, verdadeiros mitos compartilhados, que se erguem como obstáculos ao entendimento e à compreensão mútua.

Intrinsecamente, a sexualidade está associada à fertilidade e ao prazer. A gravidez gera mudanças na relação do casal e no sistema familiar como um todo.

Um fato que também se concretiza na expressão da sexualidade do casal é a presença das doenças sexualmente transmissíveis.

Até a II Guerra Mundial, as doenças sexualmente transmissíveis - DST, doenças transmitidas de pessoa a pessoa por meio do contato direto e íntimo, constituíam um reduzido capítulo das doenças infecciosas.

Alguns anos após a II Guerra Mundial, o problema foi dado como vencido em virtude do uso rotineiro de penicilina, na época adotada indevidamente como remédio para todos os males.

No início dos anos 60 as doenças voltaram, assumindo características epidêmicas. Inúmeros fatores contribuíram para isto, como a adoção de novos padrões de conduta sexual, entre eles a liberação sexual, expansão do homossexualismo, fatores sócio-econômicos, culturais e desinformação.

Com o explosivo crescimento demográfico, o casamento, quando não evitado, tornou-se cada vez mais tardio, o que significou maiores probabilidades de propagação das doenças. Aumentou-se assim o número e o percentual de indivíduos de ambos os sexos, que não só iniciaram a vida sexual mais cedo, como variaram freqüentemente de parceiros.

Segundo dados do Ministério da Saúde, as DST são uma das principais causas de infertilidade porque costumam ter poucos sintomas visíveis ou nenhum. Como mulheres e homens freqüentemente não sabem que têm uma DST, acabam não buscando tratamento adequado e isso ameaça sua fertilidade. (Brasil, 2005)

Em todo o mundo, existem 330 milhões de casos de DST (outras além da AIDS) por ano entre adultos, a maioria em países desenvolvidos. As mulheres sofrem a maior parte das complicações das DST, incluindo infertilidade, câncer de colo de útero e infecções ginecológicas. Assim como no caso da AIDS, os homens têm um papel muito importante na transmissão de DST para as mulheres.

Como em muitos casos não apresentam nenhum sintoma, os homens não se tratam ou demoram a procurar tratamento médico adequado ou ainda utilizam remédios sem comprovação científica, aumentando risco de contrair o vírus HIV e transmiti-lo à sua parceira.

A orientação sexual deficiente, causada pelo desconhecimento ou preconceito, a falta de serviço de abordagem da prevenção, sintomas e conseqüências das doenças sexualmente transmissíveis, e ainda a inexistência de vacinas protetoras específicas, constituem os principais fatores que fazem com que as únicas medidas produtivas na profilaxia dessas doenças sejam as de prevenção secundária, ou seja, o diagnóstico e o tratamento. Entretanto, nesta fase, quando na maioria das vezes a doença já se acha instalada, o nível de atuação é altamente insatisfatório considerando-se a gravidade da doença.

Não posso deixar de ressaltar que o aparecimento da Aids chamou a atenção da sociedade para a existência das DSTs, consideradas pela Organização Mundial de Saúde um problema de saúde pública que atinge o mundo inteiro.

### 3.5 APRESENTANDO A TEORIA DO APEGO

Nós, humanos, somos seres gregários, precisamos de relacionamentos, sejam eles amorosos, fraternos, sociais ou mesmo profissionais. A relação afetiva é a forma mais íntima de relacionamento humano. Formalizada ou informal, ela sugere aconchego, proteção e troca. Ao estabelecer-se uma relação afetiva, busca-se o preenchimento de necessidades, tanto no nível consciente, quanto inconsciente.

*“A necessidade emocional básica do ser humano e sem a qual ele não sobrevive psicologicamente é a necessidade de dependência, de poder contar com o outro. Aqui o que importa não é ter as necessidades físicas atendidas, mas como isto é feito.” (Cukier, 1998, p.25)*

Pude observar pelas experiências profissionais, que a solidão, o medo, o desamor e o sentimento de orfandade andam lado a lado com o stress e a cobrança da vida cotidiana; percebi que o “colo incondicional” é o ato mais fundamental para suportar o medo de viver.

De acordo com Bowlby (1990), psiquiatra inglês, autor da Teoria do Apego, há uma propensão nos seres humanos para estabelecer fortes vínculos afetivos com outros indivíduos.

*“Muitas das mais intensas emoções humanas surgem durante a formação, manutenção, rompimento e renovação de vínculos emocionais. Em termos de experiência subjetiva, a formação de um vínculo é descrita como “apaixonar-se”, a manutenção de um vínculo como “amar alguém”, e a perda de um parceiro como “sofrer por alguém”.(...) A manutenção*

*incontestada de um vínculo é experimentada como fonte de segurança e a renovação de um vínculo, como uma fonte de júbilo.” (Bowlby, 1997 p.98)*

Bowlby sofreu influências de várias teorias para a formação de seus conceitos, principalmente da Etologia e da Psicanálise.

Estudando o vínculo entre mãe e filho, Bowlby (idem) concluiu que essa ligação era parte de um sistema de comportamento que servia à proteção da espécie, já que os bebês humanos são indefesos e incapazes de sobreviverem sozinhos por um longo período de tempo. Deste modo, o apego dos bebês às suas mães ou cuidadores é o que possibilita a sobrevivência da espécie.

Assim, APEGO é definido como:

*“forma de comportamento que resulta em que uma pessoa alcance ou mantenha a proximidade com algum outro indivíduo diferenciado e preferido, o qual é usualmente considerado mais forte e (ou) mais sábio. Embora seja especialmente evidente durante os primeiros anos da infância, sustenta-se que o comportamento de apego caracteriza os seres humanos do berço à sepultura. (Bowlby, 1997, p.171)*

Assim como existem critérios específicos para avaliar a veracidade de um comportamento como sendo de apego, existem as funções às quais este comportamento se destina. Estas funções são também aplicadas ao comportamento de apego adulto (Hazan e Zeifman,1994, citados por Fraley e Shaver, 2000; Weiss, 1982, 1991 citado por Fraley e Shaver, 2000; Feeney e Noller, 1996):

- manutenção da proximidade com objetivo de estabelecer e manter contato com a figura de apego;
- protesto de separação, resistir à separação da figura de apego;
- usar a figura de apego como base segura, a partir da qual pode-se explorar o ambiente; e
- procurar a figura de apego como sendo o porto seguro para obtenção de conforto e suporte, quando o comportamento de apego for ativado.

Mary Ainsworth e colaboradores (1978), desenvolveram um experimento, denominado "Situação Estranha", para identificar padrões de apego em crianças entre 12 e 18 meses. Este estudo possibilitou a identificação de três padrões diferentes de apego:

- Apego seguro: As crianças classificadas nesta categoria demonstraram ser ativas nas brincadeiras, buscavam contato com a mãe após uma separação breve e eram confortadas com facilidade, voltando a se envolver em suas brincadeiras;
- Apego inseguro/evitador: nesta classificação, incluiu aquelas crianças que após uma breve separação da mãe, evitaram juntar-se a ela quando da sua volta;
- Apego inseguro/ambivalente: essas crianças demonstraram, na situação experimental, oscilação entre a busca de contato com sua mãe e a resistência ao contato com esta, além de terem se mostrado mais coléricas ou passivas que as crianças com os padrões de apego anteriormente descritos.

Main (1991) (citada por Bee, 1996 e Karen, 1998), sugeriu um quarto padrão que chamou de apego inseguro/desorientado e/ou desorganizado, evidenciado quando a criança apresenta um comportamento entorpecido, confuso ou apreensivo, podendo demonstrar também comportamentos contraditórios, como evitar o olhar da mãe enquanto aproxima-se desta.

O estabelecimento de um modelo de apego seguro ou inseguro fornece a base para a formação de um Modelo Operativo Interno, uma lente a partir da qual o indivíduo vai ver o mundo e a si próprio (Bowlby, 1990).

Logo, a partir da primeira relação, estabelece-se no indivíduo um modo de funcionamento. A criança que tem em sua experiência um modelo seguro de apego vai desenvolver expectativas positivas em relação ao mundo, acreditando na possibilidade de satisfação de suas necessidades. Já outra, com um modelo menos seguro, poderá desenvolver em relação ao mundo expectativas menos positivas.

No curso do desenvolvimento sadio, o comportamento de apego leva à formação de laços afetivos ou apegos, inicialmente entre a criança e o progenitor e, mais tarde, entre adulto e adulto. Estes comportamentos estão presentes e são ativos durante todo o ciclo vital. (Santos, 2000)

O Apego Adulto é a tendência estável de um indivíduo em fazer esforços substanciais para procurar e manter proximidade e contato com um ou alguns indivíduos específicos, que forneçam o potencial subjetivo para a segurança física ou psicológica; esta tendência é regulada pelos modelos operativos internos.

Os modelos operativos internos na idade adulta têm as funções de mediar a experiência e significado dos comportamentos do indivíduo e seu parceiro; conter

expectativas sobre os cuidados e sua responsividade; sobre a validade do cuidado e atenção do self e regular o afeto e o comportamento dos relacionamentos de acordo com regras que organizam as informações relativas ao apego.

Hazan e Shaver (1987, citados por Feeney e Noller, 1996), foram os primeiros pesquisadores a conceituar o amor conjugal como um processo de apego, onde os laços afetivos duradouros que ocorriam com os parceiros se caracterizavam como um relacionamento de apego, após dois anos em média, e eram constituídos por uma complexa dinâmica emocional. Os parceiros apegados entre si teriam em seu relacionamento a preocupação com os cuidados destinados à qualidade da saúde da díade.

Hazan e Shaver (idem), apresentaram uma análise teórica do amor e do apego, integrada a novos dados empíricos. Seu argumento básico era que o amor conjugal pode ser conceituado como um processo de apego, que os relacionamentos que ocorrem entre parceiros são relacionamentos de apego, conforme aqueles descritos por Bowlby. Isto significa que estes relacionamentos são laços afetivos duradouros caracterizados por uma complexa dinâmica emocional. As similaridades comportamentais e emocionais incluem contato visual freqüente, sorrir, abraçar, desejo de compartilhar descobertas e reações com o outro.

Também existe um forte paralelo entre os apegos criança-cuidador e amor em termos de dinâmica destes relacionamentos. Se a figura de apego está disponível e é responsiva, o indivíduo sente-se seguro; se a figura de apego está indisponível, o indivíduo vai sinalizar ou mover-se para mais perto dela, até que os sentimentos de segurança sejam restaurados.

A idéia de que os relacionamentos românticos podem ser comportamentos de apego teve uma influência profunda nas pesquisas modernas sobre relacionamentos íntimos. Pode-se esperar que alguns adultos sejam seguros em seus relacionamentos sentindo confiança em seu parceiro quando aparecerem suas necessidades. Outros poderão ser ansiosos ambivalentes e se preocuparão com o fato de poderem não ser amados completamente e facilmente se sentirão frustrados ou irritados quando suas necessidades não forem correspondidas. Outros podem ser evitadores, parecendo não se importar demasiadamente com relacionamentos íntimos e podem preferir não ser dependente dos outros ou não permitir que os outros sejam dependentes deles.

As funções de apego definidas por Bowlby estão presentes no desenvolvimento do apego entre adultos, porém existem diferenças acentuadas entre o apego da infância e o apego adulto. O amor adulto caracteriza-se por cuidados recíprocos, onde cada parceiro alterna-se entre fornecer e receber cuidados (físicos, emocionais e materiais), dependendo das necessidades e das circunstâncias.

*“Uma pessoa funcionando de modo saudável é, pois, capaz de trocar papéis quando a situação muda. Ora está fornecendo uma base segura a partir da qual seu companheiro ou companheiros podem atuar; ora sente satisfação em confiar em um ou outro de seus companheiros que, em compensação, lhe proporciona essa base.” (Bowlby, 1990 p.141)*

Portanto, este tipo de relacionamento seria altamente simétrico em contraste com o caráter altamente assimétrico do relacionamento criança-cuidador. Além disso, o amor adulto pressupõe o componente de sexualidade (Hazan e Shaver 1987).

Para Kuncze e Shaver (1994), a Teoria do Apego postula que o apego adulto envolve a integração de três sistemas comportamentais distintos:

- Apego: Os amantes relacionam-se um com o outro de modo similar àquele que a criança sente por sua mãe.
- Provedor/Cuidador: Os amantes vêem um ao outro como alguém que necessita de cuidados em algumas ocasiões.
- Sexual: Necessário para garantir a reprodução.

Estes três sistemas podem variar em importância tanto ao longo do ciclo vital como em diferentes relacionamentos amorosos, mas sugere-se uma coordenação dinâmica entre eles. A figura de apego vai ter função simultânea de parceiro sexual, provedor primário e recipiente de conforto e de apoio emocional. O sistema de apego é visto como essencial; é o primeiro sistema a aparecer no curso do desenvolvimento do indivíduo e tem um papel-chave na formação dos modelos mentais de si e dos outros e, portanto, constrói as fundações para os outros sistemas ( Santos, 2000; Hazan e Zeifman, 1994).

Main (1991), citada por Bee, (1996) e Karen, (1998), propõe uma forte relação entre a qualidade de apego da criança para com seus pais (seguro, evitador, ambivalente, desorganizado ou desorientado) e a construção do adulto de sua história de apego.

*“O ponto fundamental de minha tese é que existe uma forte relação causal entre as experiências de um indivíduo com seus pais e sua capacidade posterior para estabelecer vínculos afetivos.” (Bowlby, 1997 p178)*

Por meio da teoria do apego isto pode ser explicado de forma natural, quando pensamos que independente de quão doloroso ou insatisfatório isso possa ser, o que vai dar um determinado grau de segurança ao indivíduo é o fato da situação ser familiar. Neste processo de repetição, entretanto, os vários significados de amor tornam-se deturpados.

Santos (2000), realizou uma pesquisa com casais com o objetivo de investigar se o relacionamento conjugal poderia promover mudanças no estilo de apego dos cônjuges. Os resultados indicaram que realmente a relação conjugal pode ser promotora de mudanças efetivas no estilo de apego, concluindo que os eventos negativos que possam ter ocorridos na infância sejam reparados. Assim, a relação conjugal pode eliciar os modelos operativos do indivíduo levando o mesmo a trabalhar e lidar com emoções negativas.

Karen (1998), afirma ainda que a chave para ser um adulto seguro-autônomo não advém da experiência de um apego seguro na infância com seus pais. Muito mais significativa é a capacidade de distinguir um modo coerente e aberto de refletir sobre seus apegos, podendo entender o que sente sobre seus pais, a forma como lida com seus sentimentos e com os relacionamentos incluindo mágoa, raiva e vergonha. Isto pode acontecer desde que deixe o passado e mude sua vida.

### 3.6 DISSOLVENDO A CONJUGALIDADE

Um casal estabelece-se com intenção de perdurabilidade: “*Ate que a morte os separe*”. O rompimento do vínculo afetivo, seja por separação, doença ou mesmo por morte, gera dor, sofrimento e tristeza. (Bowlby, 1998; McGoldrick,1995; Worden,1998)

O divórcio, quando ocorre, ou quando sua possibilidade se torna real na vida dos casados, é uma das mais importantes crises da vida do adulto. Inúmeras e incontáveis podem ser as razões objetivas e práticas de separações. As pessoas que se separam podem atribuir a perda do amor, a presença de um relacionamento extraconjugal, o esfriamento sexual, as brigas constantes, a interferência dos sogros, a falta de dedicação ao casamento, e tantos outros motivos que propiciem um desajuste conjugal.

*“O amor é uma fonte de grandes prazeres, mas também de muitas dores em todas as idades. Quando as coisas estão bem, as pessoas se sentem em estado de êxtase e harmonia, mas quando o amor se encaminha na direção da dor e do sofrimento, nos sentimos totalmente abandonados e desamparados.”* (Viorst, 2000 p.41)

O diagnostico de doença crônica é uma crise vital significativa para as famílias. O paciente e a família vivem momentos particulares e geralmente não estão preparados para as mudanças. O diagnóstico exige novos modos de enfrentamento além de períodos de adaptação.

*“O paciente com a doença percebe múltiplas perdas, incluindo a saúde física e o seu funcionamento, perda dos papéis ou responsabilidades, perda dos sonhos e possibilidade de menor tempo de vida.” (McDaniel, 1994 p.179)*

Rolland (1995), considera que, ao lidar com a doença crônica, deve-se observar seu processo de desenvolvimento, suas características e conseqüências no indivíduo; ainda é necessário ater-se ao momento do ciclo vital em que a pessoa se encontra para dimensionar o impacto e a possibilidade de ação frente à doença; e por último, a organização, as relações, as preocupações e a posição que cada um ocupa no sistema familiar. Assim, a doença apresenta para cada família uma personalidade particular.

Rolland (1995), identifica três fases pelas quais a família passa durante o processo de doença crônica:

Fase Aguda: caracterizada pelo choque emocional causado pelo diagnóstico e pelas reações individuais de cada membro de acordo com suas necessidades, ocorrendo, às vezes, casos em que um dos elementos do grupo familiar pode apresentar estresse maior ainda que o doente.

Nesta fase a pessoa doente aprende a lidar com a dor, incapacitação ou outros sintomas relacionados à doença, lidar com o ambiente do hospital e procedimentos terapêuticos, estabelecer e manter bons relacionamentos com a equipe cuidadora.

Fase crônica: fase na qual os comportamentos vão-se consolidando e ficando mais estáveis. Durante esta fase, a família deve adaptar-se às necessidades do paciente e às necessidades de cada um de seus membros individualmente. Cada membro manifesta de formas diversas suas emoções até então contidas. Época marcada por constância, progressão ou mudança episódica.

Fase de resolução (Terminal): aqui, o paciente vem a falecer ou passa a ser um sobrevivente, melhorando até ser considerado “fora de perigo”. A morte envolve as fases anteriores e desencadeia o processo de luto.

No período de doença, os familiares desempenham papel preponderante e suas reações contribuem para a reação do paciente.

As relações afetivas têm sido amplamente comprovadas como fator relevante para o bem-estar do ser humano, sendo um golpe duro para qualquer pessoa receber a notícia que seu companheiro (a) está com o diagnóstico de alguma doença grave.

Hobfoll, Cameron, Chapman e Gallagner (1996), apontam que pesquisas realizadas com casais, em relação à utilização de suporte social, demonstram que os homens geralmente têm, em suas esposas, confidentes. Já as mulheres não estabelecem a mesma relação. Homens e mulheres podem utilizar seus sistemas de suporte diferentemente, especialmente sob condições estressantes. No que diz respeito à relação conjugal, fica evidenciado que os maridos buscam e encontram mais facilmente apoio em suas esposas, enquanto que as mulheres não buscam ou não encontram reciprocidade. Os autores argumentam que tal relação se dá em função do sistema hierárquico que diferencia o papel a ser desempenhado por homens e mulheres.

A morte do cônjuge foi considerada na Escala de Holmes-Rahe (1970), a principal causa de estresse, já que pode significar o arrancar de um grande pedaço, o fim de uma vida construída a dois. A pessoa deixa de ser pertencente a um par, com papéis complementares, para ser uma pessoa só.

Stroebe, Stroebe e Hanson (1993), também consideraram o luto conjugal como um dos eventos mais perturbadores da vida e pode ser especialmente difícil pois o cônjuge sobrevivente terá que enfrentar questões psicológicas, financeiras, sociais, que poderão afetar tanto sua saúde física quanto mental.

Estudos feitos com parceiros que perdem o cônjuge (Bowlby (1998; Parkes 1998; Oliveira 2000), demonstram que há muito mais viúvas que viúvos, pois as mulheres apresentam maior longevidade, e assim por opção ou falta de parceiros muitas nem pensam na possibilidade de uma nova relação.

*“ Sim, eis o que os meus sentidos  
aprenderam sozinhos:  
As coisas não têm significação: têm  
existência.  
As coisas são o único sentido oculto das  
coisas ”*  
*(O Mistério das Coisas- Alberto Caetano)*

#### IV. OBJETIVO –

---

Este estudo tem por objetivo compreender a repercussão da sorologia positiva para o vírus da imunodeficiência humana (HIV) na trajetória de casais heterossexuais com sorologia concordante.

#### ***4.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS***

- Identificar as mudanças na vida afetivo-sexual de casais portadores do vírus HIV que convivem em parceria soroconcordante;
- Identificar as formas de enfrentamento desenvolvidas pelo casal frente à sorologia positiva para o vírus HIV.

*“ Assim procedo. Minha pena  
Segue esta norma,  
Por te servir, Deusa serena  
Serena forma.”  
(Profissão de Fé - Olavo Bilac)*

## V. MÉTODO-

---

### *5.1 A Pesquisa*

Considerando o objetivo deste estudo, optei pela pesquisa qualitativa já que essa abordagem tem como universo investigativo os significados, motivos, aspirações, crenças, valores e ações dos indivíduos, expressos mediante relações que conformam uma dada sociedade.

Nesse sentido, é a compreensão e explicação da dinâmica das relações sociais que movem o processo do conhecimento, tendo como pressuposto, de acordo com Minayo (1992), que as sociedades humanas existem num determinado espaço, num determinado tempo, que o grupos sociais que as constituem são mutáveis e que tudo, instituições, leis, visões de mundo são provisórios, passageiros, estão em constante dinamismo, e potencialmente tudo pode ser transformado.

Diversos autores (Goldenberg, 2000, Patton ,1987, Triviños, 1995) destacam os seguintes itens, relacionados às pesquisas qualitativas:

- Elege um determinado escopo teórico como marco orientador, o que conduz às análises que valorizam mais determinados aspetos da realidade em detrimento de outros (limites teóricos);
- Impossibilita uma generalização direta ao universo macro, sendo necessárias mediações e comparações;
- Atribui demarcada relevância aos processos interpretativos na relação pesquisador/sujeitos pesquisados, o que exige processo contínuo de vigilância epistemológica, com o objetivo de evitar vieses;

- Torna inadequada a predição do comportamento futuro da realidade estudada a partir da simples análise de variáveis, pois diz respeito à ação histórica dos sujeitos, permitindo somente a avaliação de prováveis cenários de permanência e/ou transformação/mudança destas relações.

A abordagem qualitativa ancora sua escolha de universo amostral segundo critérios distintos aos da abordagem quantitativa.

A pesquisa qualitativa é um processo utilizado para dar sentido a dados que são representados por palavras ou imagens e não por números. Garantir certa reincidência das informações e perspectivas viabiliza o exercício interpretativo, por sua vez não ignora as informações ímpares cujo potencial explicativo deve ser levado em conta. (Chizzoti, 1995; Goldenberg, 2000; Minayo, 1992; Triviños, 1995)

A fala dos sujeitos é reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, bem como das suas vivências particulares, numa dinâmica onde o macro e o micro convergem e interagem. (Bourdieu, 1972).

Procurei neste estudo seguir as recomendações dos autores, reunindo evidências por meio de formas diversas de contato com o universo a ser estudado.

## *5.2 Caracterização da Instituição*

A pesquisa foi realizada no Centro de Controle de Deficiências Imunológicas (CCDI) do Departamento de Doenças Infecciosas e Parasitárias (DIPA) da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

O CCDI atende ambulatorialmente, num regime de quarenta horas semanais, divididas em oito horas diárias, de segundas à sexta feira, pacientes portadores do HIV/Aids, onde foi possível encontrar casais heterossexuais com sorologia concordante comprovadamente diagnosticados, fazendo acompanhamento neste serviço.

Meu contato com a unidade foi feito por meio do serviço de Enfermagem. Após o aceite do coordenador do Centro de Controle de Deficiências Imunológicas, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da PUC-SP e o acesso aos participantes iniciou-se após a devida aprovação.

As entrevistas foram realizadas em abril, maio e junho de 2005.

## *5.3 Participantes*

Fizeram parte deste estudo dois casais.

A escolha destes ocorreu de forma aleatória, independentemente da forma de contágio, que poderia ser sexual, por meio do uso de drogas injetáveis ou transfusão de sangue; se a união se deu antes ou depois do diagnóstico; oficialidade da relação ou presença e idade de filhos. Apenas os requisitos da heterossexualidade, soropositividade em ambos, marido e mulher, e tempo de relacionamento superior a dois anos, período necessário para que se estabeleça o comportamento de Apego foram obedecidos.

#### *5.4 Encontrando os Participantes e coletando o material da pesquisa*

Ocorreram três encontros com cada casal.

Conforme informações obtidas na Unidade, os pacientes compareciam ao ambulatório as terças e quintas-feiras para fazer a coleta de materiais para exames no período da manhã. Os possíveis participantes eram identificados pela enfermeira e encaminhados para um primeiro contato comigo.

Neste primeiro momento do estudo para a escolha dos dois casais, participaram nove portadores do vírus HIV que convivem em parceria sorocordante, sendo cinco homens e quatro mulheres. O contato era feito com um dos componentes do casal, pois dificilmente eles compareciam juntos ao serviço. Após terem sido feitas as devidas apresentações, explicava-se o objetivo da pesquisa e o convite para a participação na mesma, que deveria ser estendido ao outro cônjuge. Por meio de um contato telefônico, refazia o convite ao casal e confirmava a participação marcando a primeira entrevista. Para isso, levei em consideração a necessidade de adequar o horário da entrevista de acordo com a disponibilidade de ambos. Dos nove participantes iniciais, dois casais concordaram em participar da pesquisa. Os demais relataram que o (a) parceiro (a) não poderia comparecer, pois trabalhava nos horários propostos ou não gostariam de conversar sobre este assunto. Um deles afirmou ainda, que a esposa não poderia comparecer porque não tinham com quem deixar a filha de 4 anos que também é soropositiva.

No segundo encontro, realizado nas dependências do CCDI, foi retomado o objetivo da pesquisa e solicitada a autorização para gravação; o consentimento foi dado por meio da assinatura de cada um ao termo de consentimento livre e esclarecido (anexo I). Em um dos casais, por ser a participante analfabeta, o mesmo se deu por meio da impressão digital. Isto feito, iniciei a entrevista. As demais entrevistas foram realizadas nas mesmas dependências.

### 5.5 *Instrumentos utilizados*

Na pesquisa qualitativa, a entrevista caracteriza-se como um instrumento importante por possibilitar a produção de conteúdos fornecidos diretamente pelos participantes envolvidos no processo. Conteúdos estes que tanto podem ser objetivos quanto subjetivos.

Sendo assim, as entrevistas foram semi-estruturadas partindo de uma questão norteadora: *“Eu gostaria que me contassem a história de vocês.”* Levando-se em consideração o objetivo deste estudo e seu referencial teórico, segui um roteiro com temas que, se não fossem abordados pelos participantes por meio do discurso livre, seriam apresentados por mim.

Os temas versavam sobre a vida afetivo-sexual do casal antes e pós o diagnóstico da soropositividade tais como: encontro, quando se conheceram e em que circunstâncias; casamento; manifestação da afetividade; construção da vida sexual do casal e mudanças geradas após o diagnóstico; fidelidade; comunicação e também sobre o impacto da descoberta da soropositividade e formas de enfrentamento desenvolvidas pelo casal tais como: identificação de valores e

padrões transgeracionais frente a situações de crise; reações frente ao diagnóstico; modificações desenvolvidas na rotina do casal; rede de apoio; segredos e preconceitos, pensamentos e idealizações a respeito do adoecimento e morte.

Assim, a conversação iniciava-se sem que houvesse um direcionamento rígido por minha parte. Busquei possibilitar fluência e espontaneidade de acordo com as características individuais de cada participante.

Nas entrevistas foram utilizadas questões lineares visando investigar e explorar a temática em questão como, por exemplo: *“Quando vocês souberam que eram portadores do vírus HIV?”* Também foram utilizadas questões circulares e reflexivas, sugeridas por Tomm (1995) que, além de possibilitar a intervenção do pesquisador como um facilitador na reorganização da história da relação e do enfrentamento do diagnóstico, identificam padrões que conectam pessoas, ações, contextos, acontecimentos, idéias, crenças, em seqüências recorrentes ou cibernéticas. Os questionamentos circulares consistiram em fazer perguntas abertas ao casal, visando modificar a compreensão sistêmica do problema, enquanto que os questionamentos reflexivos consistiram em fazer perguntas na tentativa de, deliberadamente, desencadear uma mudança no sistema que está sendo investigado, por exemplo: *“O que vocês acham que iria acontecer se outras pessoas ficassem sabendo do diagnóstico?”* ou *“Antes do pedido de pagar coisas, parece que tem um pedido para você estar perto deles. O que você acha disso?”*

As entrevistas com os casais tiveram duração aproximada de uma hora, foram gravadas em fitas de áudio cassete e posteriormente transcritas.

Na segunda entrevista construímos o **Genograma Familiar**.

O genograma, proposto por Bowen (1978), foi um dos primeiros instrumentos padronizados para avaliação familiar. Trata-se de uma representação gráfica onde se registram informações sobre os membros da família e suas relações por pelo menos três gerações. Sua estrutura em forma de árvore genealógica proporciona uma rápida visão das complexas relações familiares e é uma fonte de hipóteses sobre como um problema clínico pode estar relacionado com o contexto familiar e sua evolução no tempo. É um instrumento largamente utilizado na pesquisa clínica com famílias. (Mc Goldrick & Gerson, 1985; Cerveny, 1992).

Além disso, o genograma recolhe informações estruturais vinculares e funcionais de um sistema familiar que pode ser analisado horizontalmente, por meio do contexto familiar atual e verticalmente, por meio das gerações.

O princípio do genograma é a descrição gráfica de como os diferentes membros da família estão biológica e legalmente relacionados entre outros de uma geração seguinte.

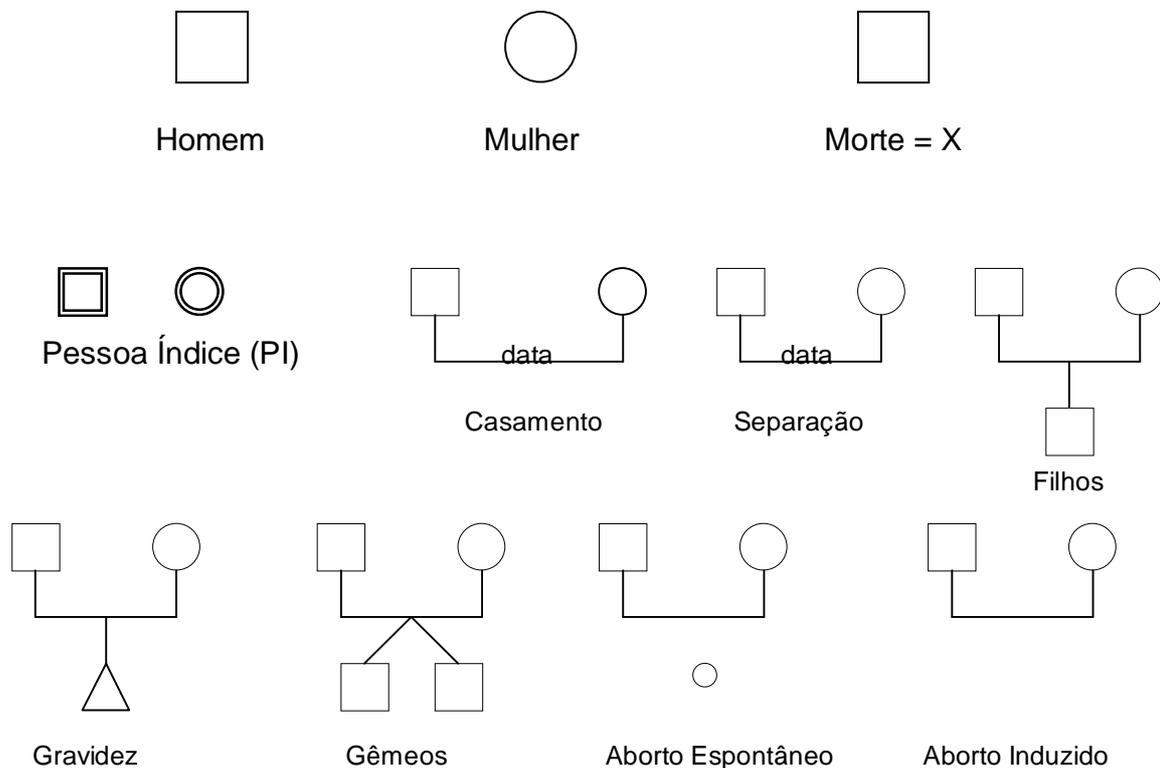
De acordo com McGoldrick (1985), o genograma torna muitas vezes evidente uma verdadeira passagem transgeracional de tradições relacionadas com a família, bem como uma série de crenças e comportamentos específicos.

Neste estudo a utilização do genograma visou resgatar com cada cônjuge: pontos de vulnerabilidade (fraquezas, traumatismos, fracassos); reações (raiva, frustrações, preconceitos) e forças: (sensibilidade, capacidade para enfrentar situações de crise).

Em relação ao sistema conjugal, busquei analisar a proximidade ou o afastamento das relações; poder e a hierarquia, envolvendo dominância x submissão, flexibilidade x rigidez, tradição x adaptação; mitos e crenças familiares ; repetição dos esquema e das atitudes.

Ao confeccionar os genogramas, foram analisadas tanto a capacidade de evocação quanto o conteúdo das lembranças dos participantes.

Abaixo, encontram-se os símbolos utilizados para construir o genograma conforme citado em Carter e McGoldrick (1995).



## 5.6 *Análise das entrevistas*

O conteúdo das entrevistas e do genograma foram considerados por meio da análise de conteúdo.

Para Bardin (1970), análise de conteúdo é um conjunto de técnicas das comunicações que, por meio de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, visa obter indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e de recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

Sendo assim, o processo de inferência só é possível de ser empregado se houver, por parte do pesquisador, clareza teórica e domínio dos conteúdos básicos que ele acredita estar alimentando nos conteúdos das mensagens.

A análise de conteúdo neste estudo tomou por base a análise temática ou categorial que consiste em descobrir os “núcleos de sentido” que compõem as mensagens. O tema é geralmente a base analítica para estudar motivações de opiniões, atitudes, crenças e outros, em entrevistas abertas ou semi-abertas.

A análise se desdobrou em três fases: pré-análise, exploração do material e interpretação.

1. Pré-análise: nesta fase realizei uma leitura flutuante.

2. Exploração do material: ocorreu logo após a pré-análise e consistiu numa fase de operações de codificação, classificação e agregação, em função dos significados. Nesta fase, o material foi codificado, ou seja, submetido a um processo pelo qual os dados brutos foram transformados sistematicamente e agregados em unidades, que permitiram descrição exata das características

pertinentes do conteúdo. Para organização, realizei o recorte (escolha das unidades de significação), a classificação e agregação (categorização). Para proceder ao recorte do material, tornou-se necessária a leitura do mesmo e a demarcação dos temas, ou seja, das unidades de significação. Essas unidades podem ser chamadas de unidades de registro, que nada mais são que um segmento de conteúdo a ser considerado como unidade de base, visando a categorização. Após o recorte, classifiquei as unidades de significação e as agreguei em categorias descritas com base nos dados existentes na revisão de literatura, a fim de ressaltar a regularidade do aparecimento dos temas e proporcionar abertura para novas categorias no decorrer da análise, considerando a trajetória dos casais pesquisados.

3. Tratamento dos resultados obtidos, inferência e interpretação: definidas estas categorias, atribuí relevância aos comentários diretos extraídos das entrevistas, considerando as palavras empregadas e os seus significados, o contexto em que foram colocadas as idéias, a frequência e extensão dos comentários e a especificidade das respostas.

### *5.7 Considerações Éticas*

A presente pesquisa fundamenta-se eticamente na resolução número 196/196 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que pauta sobre “Pesquisa Envolvendo Seres Humanos”, da qual destaco os seguintes aspectos:

- Consentimento livre e esclarecido dos indivíduos-alvo.
- Procedimentos que assegurem a confidencialidade e a privacidade dos envolvidos.
- Respeito aos valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos, bem como aos hábitos e costumes dos envolvidos.
- Liberdade dos sujeitos de se recusarem a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa.

Os casais participantes da pesquisa assinaram um termo de livre consentimento para a participação na mesma, incluindo a permissão para a gravação das entrevistas em fita áudio-cassete. Este termo encontra-se anexado neste trabalho (anexo I).

O projeto deste estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, sendo aprovado conforme processo 025/2005. (anexo II)

*“Não te rias de mim, meu anjo lindo!  
Por ti – as noites eu velai chorando,  
Por ti – nos sonhos morrerei sorrindo!  
(Soneto - Álvares de Azevedo)*

## **VI. Apresentando Os Casais Participantes Da Pesquisa-**

---

Visando resguardar a identidade dos participantes da pesquisa, substitui seus nomes por personagens representados nos romances clássicos da literatura brasileira.

Cada casal nomeou a sua trajetória.

- **6.1 CASAL CAROLINA E AUGUSTO. “ A HISTÓRIA DE NÓS DOIS.”**

O casal apresenta-se de uma forma muito simpática e participativa.

Fiz o primeiro contato com Augusto. Ele apresentou-se muito disponível para participar da pesquisa e comunicou que acompanhava sua esposa na coleta de sangue que ela realizaria para fazer os exames de controle (CD4 e carga viral). Após a coleta, ambos retornaram à sala e após o aceite do convite para participar da pesquisa, iniciei a primeira entrevista que durou cerca de uma hora.

Augusto tem 56 anos e Carolina, 54. São sabedores do diagnóstico soropositivo desde 1995, quando Augusto foi internado no Hospital São Paulo com pneumonia. Possuem quatro filhas soronegativas e residem em um bairro da Zona Sul de São Paulo há 30 anos. Augusto é aposentado e trabalhava como mestre de obras e Carolina é dona de casa. Ele estudou até a quarta série do ensino fundamental e ela é analfabeta.

São naturais do interior da Bahia e vieram para São Paulo em 1974, após o casamento. Em 1975, nasce a primeira filha; em 1977, a segunda; em 1979, a terceira e em 1981, a quarta e última filha do casal.

As três primeiras filhas estão casadas, a mais nova está solteira e reside com o casal. Possuem ainda duas netas.

Augusto é o terceiro filho de um total de 9, do primeiro casamento de seu pai, sendo 4 mulheres e 5 homens. Dois faleceram, uma irmã morreu durante o parto junto com a criança e um irmão, de problemas no coração. Sua mãe também faleceu por problemas no parto e seu pai casou-se novamente e teve 4 filhos, sendo 3 mulheres e 1 homem. A segunda esposa de seu pai faleceu em 1990 por problemas cardíacos e o pai veio morar com os filhos na casa de Augusto e Carolina, em São Paulo, vindo a falecer após dois anos também por problemas cardíacos. O casal responsabilizou-se pela criação das três irmãs menores de Augusto.

Carolina é a segunda filha de um total de 11, sendo 6 homens e 5 mulheres. Uma irmã faleceu de câncer de mama e o pai, de tétano, após ser pisoteado por um cavalo.

As famílias eram vizinhas e tanto o pai de Augusto quanto o de Carolina trabalhavam com tropa de animais, vendiam e compravam cabras, cavalos e burros.

A mãe de Augusto faleceu quando ele tinha 8 anos em virtude de parto de gêmeos, quando uma das crianças também morreu. Relata não se lembrar dos fatos nem dos seus sentimentos na ocasião e que tem poucas lembranças da mãe, mas já sonhou com ela.

A mãe de Carolina vive no interior da Bahia.

Após virem para São Paulo, retornaram à Bahia em duas ocasiões: para o batizado da primeira filha em 1975 e quando souberam serem portadores do vírus HIV, em 1995.

Relatam não ter saudades da Bahia. A família de Augusto está toda em São Paulo. Da família de Carolina apenas uma irmã e a mãe residem lá. De acordo com o casal, construíram a vida em São Paulo e as recordações da Bahia são recheadas de momentos tristes gerados por dificuldades econômicas.

Em São Paulo costumam fazer muitas festas e reunir a família.

## **6.2 CASAL FABIANO E VITÓRIA – “O CASTELO QUEBROU...”**

Fiz o primeiro contato com Vitória. Ela compareceu ao ambulatório para fazer a coleta de sangue e realização dos exames de controle. Apresenta-se ansiosa e irritada. Discutiu com o marido antes de sair de casa, pois o mesmo não quis acompanhá-la. Após as devidas explicações relacionadas à pesquisa, Vitória ficou de conversar com o marido e fazer o convite para sua participação.

No contato telefônico para confirmar a presença do casal, Vitória estava mais animada e comunicou que Fabiano aceitara o convite e compareceriam à primeira entrevista.

No dia da entrevista, Vitória parece ser mais decidida, tomando a iniciativa e parecendo ser mais falante, enquanto Fabiano apresenta-se de forma mais tímida.

Tanto Fabiano quanto Vitória têm 36 anos. Souberam do diagnóstico soropositivo em 2000. Ela é dona de casa e ele, ajudante de pedreiro. Ela está terminando o ensino médio e ele tem como grau de instrução o ensino fundamental incompleto. Residem em um bairro da zona sul de São Paulo desde o casamento.

O casal se conheceu em 1985, em São Paulo. Vitória nasceu em uma cidade de Minas Gerais e veio para São Paulo com os familiares na adolescência. Fabiano nasceu na capital paulista, mas seus pais são migrantes pernambucanos. Os dois, sendo virgens, iniciaram a vida sexual juntos. Ambos receberam poucas orientações sobre sexualidade, obtiveram informações sobre menstruação, ejaculação, ato sexual com colegas mais velhos, na família este assunto não era discutido. Então, não se preocuparam em usar qualquer método

anticoncepcional. Preservativo não era conhecido, falava-se apenas de “pílula”, mas o acesso a médicos e medicamentos era muito restrito.

Decidiram morar juntos em 1987, quando Vitória engravidou do primeiro filho, hoje com 18 anos, e oficializaram a relação em 1990, após o nascimento do segundo filho, hoje com 16 anos.

Nesta época, Vitória trabalhava em um laboratório de análises clínicas como ajudante geral e Fabiano, em uma transportadora.

Após o nascimento do segundo filho, Vitória, uma mulher muito decidida, forma como ela se define, resolveu fazer uma laqueadura para não mais engravidar.

Em 1999, a mãe de Fabiano estava fazendo tratamento para um câncer de garganta. Como ele apresentava gânglios inchados próximo a orelha, os familiares insistiram para que fosse ao médico. Em janeiro de 2000, Fabiano procurou o pronto socorro do Hospital São Paulo e, por meio de exames, soube que apresentava sorologia positiva para o vírus HIV. Definido seu diagnóstico, foi a vez de Vitória fazer os exames e descobrir sua soropositividade.

Hoje, Vitória apresenta contagem de células CD4 de 850 células por milímetro cúbico e carga viral, termo utilizado para definir a quantidade de HIV no sangue, indetectável, o que a coloca em situação estável em relação ao HIV, enquanto Fabiano apresenta carga viral de 5.000 cópias/ml.

Os filhos do casal sabem do diagnóstico dos pais e são soronegativos.

*“E de te amar tanto assim muito e amilde  
É que um dia em teu corpo de repente  
Hei de morrer de amar mais do que pude.”  
(Soneto do Amor Total - Vinicius de Moraes)*

## VII. Discussão

---

Pude perceber, por meio da revisão da literatura, a importância dos vínculos afetivos desenvolvidos nos decorrer das histórias individuais, onde as pessoas buscam um porto seguro para trocar vivências, sentimentos e apoio para suportar as pressões do cotidiano.

Ao tentar entender a repercussão da sorologia positiva para vírus HIV na trajetória de casais heterossexuais soroconcordantes, busquei conhecer a realidade vivida na parceria e destaquei os seguintes temas identificados nas narrativas dos participantes, que serão discutidos a seguir:

- A formação do casal e as influências dos padrões familiares em sua identidade.
- O desenvolvimento da conjugalidade.
- Descoberta da soropositividade e suas repercussões.
- Convivendo com o HIV.
- Mudanças na trajetória dos casais após a revelação da sorologia positiva para o HIV.
- Perspectivas do casal frente à sorologia positiva para HIV.

## 7.1 A FORMAÇÃO DO CASAL E AS INFLUÊNCIAS DOS PADRÕES FAMILIARES EM SUA IDENTIDADE.

A necessidade de fazer escolhas é algo que está presente na vida de qualquer ser humano; todas as situações em que se está envolvido é resultante do processo de escolha que sempre é avaliado e reavaliado. Uma das questões mais complexas para um ser é a escolha de quem será seu parceiro, que aspectos racionais e emocionais se relacionam neste processo. A seleção do parceiro pode ser imaginada como um encontro ao acaso ou uma escolha de atributos entre pessoas.(Anton, 2000)

Estereótipos como beleza, dinheiro ou inteligência, não são fatores definitivos que influenciam nesta seleção.

Já que a escolha não é objetiva, supõe-se que haja critérios subjetivos para que ela ocorra. Esses critérios advêm da história pessoal, muitas vezes incrustados nas várias gerações de famílias que a compõem.

Os casais pesquisados definiram esta fase da seguinte forma:

***“Eu tirei a sorte!” (Carolina)***

***“Eu era a mais velha das moças, era importante arrumar um moço bom, o Augusto sempre foi trabalhador, começou cedo... então todo mundo fez gosto no casamento.”  
(Carolina)***

***“Eu voltei lá e com um mês já casei (...) acho que foi a amizade (...) Lá tinha muita moça, mesmo as irmãs dela, mas eu me interessei nela, tal...” ( Augusto)***

***“A gente se conheceu no ônibus, eu vinha do trabalho e ficava olhando ele, e minha mãe achava ruim de eu ta olhando pra ele. Até que eu ofereci uns salgadinhos que eu tava comendo e a gente começou a conversar.” (Vitória)***

***“Eu já tinha visto ela me olhando, mas eu sempre fui tímido, envergonhado...aí ela ofereceu o salgadinho e a gente começou a se falar.” (Fabiano)***

Escolhe-se sem uma razão determinante, mas, ao mesmo tempo, na construção desta relação, motivações pessoais, familiares e sociais começam a se fazer presentes e determinantes na dinâmica dos parceiros, como também na história construída e na maneira encontrada para resolução de conflitos e criação de alternativas e caminhos possíveis para a relação.

***“ Eu fui lá só pra casar (...) a vida aqui sozinho era muito ruim. Eu queria uma moça de lá para casar” (Fabiano)***

Nas histórias dos dois casais participantes do estudo, a migração foi um ponto comum.

***“Eu não sei muita coisa da minha família não. Só sei que vieram da Bahia, a gente nunca teve contato com os parentes.(...) Acho que lá eles tinha pouco recurso (...) Sempre se falou pouco dessas coisas.” (Fabiano)***

***“... meu pai era da Bahia, depois ele veio embora pra Minas e conheceu minha mãe lá. (...) eu vim pra São Paulo, morar com a minha tia, porque lá em Minas as coisas estavam ficando difícil.” (Vitória)***

A migração associada à pobreza, necessidade de buscar uma vida melhor com mais recursos e condições, traz consigo o afastamento de tudo aquilo que era familiar, como costumes, hábitos, pessoas e mecanismos criados ao longo de suas construções, para dar conta das adversidades da vida. (Vianna, 1995)

***“Eu morava primeiro com os outros rapazes, na obra, depois quis monta minha casa, mas não queria ter uma casa pra ficar sozinho, então eu fui lá... Eu queria uma moça de lá para casar” (Augusto)***

***“Nós morava na roça, os parente morava tudo longe. Eu não conheci vó, vô, essas coisas. Meu pai foi trabalhar com tropa e se encosto lá por aquelas bandas, casou com minha mãe e ficou por lá.” (Augusto)***

Percebi Augusto repetindo a história do pai, que sai de perto da família para trabalhar, mas, diferentemente deste, volta para sua terra para buscar uma moça com os mesmo referenciais e que poderia acompanhá-lo em sua trajetória.

Na história de Augusto, destaca-se o retorno à terra natal em momentos permeados de significados e rituais: casamento, batizado da primeira filha e conhecimento do diagnóstico soropositivo para o vírus HIV.

***“...voltei pra lá depois de 21 anos sem ir. Fui mais ela em 95 agora (...) Em 75 fui batizar a primeira filha, agora já ta casada.” (Augusto)***

Para alguns migrantes, é essencial cultivar as suas origens como uma forma de manter ligação com a terra natal.

### ***REVENDO PADRÕES FAMILIARES***

A família é um sistema complexo de relações, onde seus membros compartilham do mesmo contexto social de pertencimento. É o lugar do reconhecimento da diferença, do aprendizado do unir-se e separar-se, a sede das primeiras trocas afetivo-emocionais e da construção da identidade. É a matriz onde nascemos, nos desenvolvemos e morremos.

Quando os participantes se referem à família, falam também em mitos, memória e transmissão de valores.

***“ Ele era muito amigo do meu pai né, o pai dele também era muito amigo do meu, aí nois se gostou e casou (...) Foi gosto do meu pai e da***

***minha mãe, foi a maior alegria o dia do casamento.” (Carolina)***

***“...era importante arrumar um moço bom, o Augusto sempre foi trabalhador, começou cedo...então todo mundo fez gosto no casamento.” (Carolina)***

A história da geração precedente transmite significados por meio da mediação dos pais que, com as lembranças, seus hábitos de vida e modo de se relacionar com outros entes queridos, informa sobre relações passadas e seu valor. Podemos pensar então na presença de uma continuidade histórica evolutiva entre os significados que distinguem os modelos relacionais do passado e os atuais, permitindo-nos falar numa identidade cultural da família, de um sistema de valores ideológicos e afetivos que, em várias gerações, modela comportamentos e expectativas de como desenvolver papéis e também de como enfrentar eventos significativos na família, como lutos, separações, casamentos, nascimentos, entre outros.

***“Casamento tem que ter criança.” (Carolina)***

A família mostra-se, então, apoiada em imagens idealizadas, construídas através de gerações. O mito familiar nada mais é do que uma série de crenças integradas e compartilhadas por todos os membros desta família. Estas crenças não são questionadas e, portanto, tornam-se matriz de conhecimento e representam elemento de união para os que crêem nesta verdade. (Andolfi & Ângelo, 1989; Castilho, 2005)

Exemplificando o que foi exposto sobre padrões e mitos familiares, pude perceber no diálogo de Augusto e Carolina seus valores sobre separação de casais quando construíamos o genograma de suas famílias:

***“Estes pauzinhos são o que mesmo?”***

***(Carolina)***

***Simbolizam a separação do seu irmão.***

***(pesquisadora)***

***“É o único que tem né!” (Carolina)***

***É, não tem mesmo separações. O que vocês acham que isso significa?***

***“...que as pessoas casam pra valer..”.(Augusto)***

***“...é....”.(Carolina)***

Nesta história evidencia-se que apesar das dificuldades, traições e sofrimentos gerados pela descoberta da sorologia positiva para o vírus HIV, a manutenção do casamento aparece como um legado familiar.

Existem causas aparentes e causas secretas ou inconscientes que levam um casal a se unir. As causas aparentes são as declaradas. As secretas dão origem aos segredos e mitos familiares. Esses mitos produzem normas bem sistematizadas sobre o papel de cada membro no convívio familiar.

***“ A gente começou a namorar, aí eu engravidei (...). Quando eu soube que tava grávida aí a minha mãe falou “ ocêis dois vão ter que criar essa criança”...e nós fomos morar em uma casinha alugada, mas não conseguimos dar conta das contas, aí eu voltei pra casa da minha mãe com o menino, e ele foi pra casa***

***do pai dele.”(...) A minha mãe não queria que a gente se via, mas nós se encontrava escondido e aí eu engravidei de novo. Minha mãe mandou nós casar e cuida dos nossos filhos que agora já ia ser dois, que nós tinha que cuida da nossa família.” (Vitória)***

***“Aí meu pai me deu um pedacinho do quintal dele pra nós mora e aí nós foi pra lá. Eu, ela e os moleques. É onde a gente mora até hoje.” (Fabiano)***

Nestas falas de Vitória e Fabiano ficam claras as regras implícitas no contexto familiar quanto às funções de paternidade e maternidade e constituição familiar. A família de origem se mobiliza para que tais definições ocorram.

## **7.2 O DESENVOLVIMENTO DA CONJUGALIDADE .**

A formação do novo casal é um dos estágios mais difíceis de transcorrer no ciclo vital. (Cervený, 1997; McGoldrick, 1995). Esta união exige que os cônjuges redefinam questões individuais e modelos que passarão a ter características próprias. A forma como cada um experienciou o mundo e aprendeu a manejá-lo é levada para a relação e confrontada com as experiências do outro. Deste confronto é que surgirão as discussões e negociações sobre as idéias e ideais individuais que poderão transformar-se em projetos comuns.

Para que o casamento exista é fundamental intimidade, afetividade, sexualidade, respeito e valorização mútua, além das demarcações dos espaços interpessoais de cada cônjuge e projetos de vida em comum.

Alguns estudiosos da dinâmica conjugal (McGoldrick 1995; Seixas 1992; Bustos 1990; Costa 2002, Papp, 2001), destacam três componentes importantes do vínculo conjugal: sexualidade, afeto e projetos comuns.

Para alguns casais, o eixo inicial do encontro é a atração física. Sensações em primeiro plano, sentimentos em segundo e em terceiro lugar o raciocínio. Por si só a sexualidade não define um vínculo de casal, mas a atração física pode provocar o aparecimento do afeto.

***“ Eu já tava de olho nele...” (Carolina)***

***“Eu já tinha visto ela me olhando, mas eu sempre fui tímido...” (Fabiano)***

O afeto, combinado a outros dois componentes, é um dos pilares que sustentam a relação do casal, a longo prazo. Muitas vezes, quando o sexo /paixão diminui em intensidade, a relação se sustenta no carinho, na solidariedade. O sexo deixa de ser o ponto central do vínculo.

***“ Eu gostava dela assim como um amigo né, aí quando eu fui pra lá, falei com ela e a gente casou.” (Augusto)***

Na trajetória de Augusto e Carolina, a amizade aparece como fator de escolha que os acompanha até hoje. Durante as entrevistas, este sentimento aparece várias vezes. Carolina relata que este sentimento a ajudou a relevar a

traição de Augusto, e Augusto justifica que a amizade sustenta a relação quando não há mais vida sexual.

***“Deus me ajudou e o sentimento que tenho por ele também (...) acho que amizade. Nós se criou junto...” (Carolina)***

***“Um dia ia ficar velho mesmo e isso ia acabar (...) É amizade mesmo.” (Augusto)***

A partir da convivência, o casal elabora planos conjuntos. Surgem reflexões sobre ideais econômicos, objetivos ideológicos, afinidades sócio-culturais, estabelecimento da família, planos sobre a paternidade, entre outros. Ter objetivos compatíveis possibilita que um dos parceiros não tenha que abrir mão de seus sonhos, aspirações, realizações pessoais ou projetos profissionais em benefício do outro.

Estes três componentes convivem paralelamente e são os responsáveis pelo sucesso ou fracasso das relações conjugais.

Ainda no desenvolvimento da conjugalidade, homens e mulheres assumem papéis que correspondem ao imaginário social e cultural do que é ser homem e do que é ser mulher. Durante muito tempo os homens foram vistos como provedores e mulheres como cuidadoras. Não foi diferente com os casais estudados.

***“É porque quando eu vejo as coisas errada, eu reclamo. Tem dez luz acesa que não tá usando, aí paga mais. Tem que economizar mais. A água, abre a torneira e deixa escorrer, demora no banho, aí eu reclamo.” (Augusto)***

***“O problema é o amanhã. Eu to com três, quatro prestações atrasadas, e quem tem que ralar pra pagar sou eu...” (Fabiano)***

***“ ... a casa tem que ter uma mãe, pra cuidar, pra mandar ir na escola, fazer as coisas direito.(...) a família inteira depende dela...ela que põe os meninos pra ir pra escola. Se ela ficar doente, quem vai fazer isso?” (Fabiano)***

***“ Ele trabalha, mas eu sou a cabeça da casa!”  
(Vitória)***

***“Meu pai trabalhava com tropa de animal, minha mãe cuidava de nós. Eu também cuidei das filha e ele trabalhava.” (Carolina)***

Essa diferença de gênero também se fez presente na expectativa do casal Carolina e Augusto quanto à chegada dos filhos.

***“Passou dois anos veio uma, depois passou mais dois anos veio outra, pensamos que vinha um homem, veio mulher, depois de mais dois anos veio outra.” (Augusto)***

***“Pensava que vinha homem, mas só vinha mulher. Aí eu operei. Não esperei mais não.”  
(Carolina)***

***“ Eu queria que vinhesse o homem, mas não veio, então...” (Augusto)***

***“ Nós tentamos até as quatro, depois das quatro eu falei, já chega! Já é difícil criar quatro, da estudo...” (Carolina)***

O filho homem traz consigo, além da confirmação da fertilidade do casal, a perpetuação familiar, a continuidade. (Ficher & Marques,2001; Reis,2002; Rezende,1986; Turkenicz, 1995)

### 7.3 **DESCOBERTA DA SOROPOSITIVIDADE E SUAS REPERCUSSÕES**

A descoberta da soropositividade para HIV é um momento traumático e de intenso sofrimento psíquico. É um diagnóstico que possui a conotação de morte, estigma, preconceito, interrupção de tudo o que possa significar vida, pelo menos num primeiro momento, e necessitará de algum tipo de reorganização.

***“Foi em 1995. Eu tive pneumonia(...) eu vim aqui no hospital e foi descoberto. Eu fiquei aqui 29 dias, no hospital (...)eu fiquei chateado né, mas tem que enfrentar.”(Augusto)***

***“Foi neste tempo mesmo que eu soube também...que ele passou aquilo pra mim. Quando eu soube pra mim foi um susto...Nossa Senhora...peguei a chorar lá mesmo dentro do hospital.” (Carolina)***

***“...eu não queria viver mais... Você pensa que já vai morrer.” (Carolina)***

A fala de Carolina caracteriza a reação de choque frente ao diagnóstico.

Percebo que é muito difícil para um casal que vive uma relação com certa estabilidade, considerar a possibilidade de o vírus HIV vir a fazer parte de suas vidas. Tal pensamento vem em desencontro do ideal do amor romântico. Nos dois casais estudados, o vírus HIV e a Aids não era um assunto que poderia vir a fazer parte de suas vidas. Embora seja sabida a existência da AIDS, ela é negada no cotidiano. O assunto só foi discutido após a fatídica constatação.

***“A minha mãe tava internada nas clínicas com câncer de garganta, e eu tinha esses caroços aqui (gânglios inchados) e todo mundo tava preocupado, falando pra eu ir ver(...) Aí eu vim aqui nos hospital, em janeiro de 2000 e os médicos fez os exames e falo que eu tinha que chama ela.” (Fabiano)***

***“Na hora já falei: aí tem. Boa coisa não é. Eu perguntei pra ele: o que você andou aprontando? E ele me disse que não tinha feito nada. Aí quando o médico disse que era HIV meu mundo caiu. “ (Vitória)***

A dor é grande e o esforço para recuperar-se também. Além da angústia real associada ao medo (dos sintomas, do adoecimento e da morte), há a angústia provocada pelo que é mobilizado psiquicamente, ou seja, a ameaça de desorganização. Muitas vezes a idéia de suicídio é vista como uma tentativa de aliviar a dor. A raiva do parceiro também aparece nesta primeira fase do diagnóstico.

***“Difícil foi acostumar. Eu tinha raiva do Augusto ... raiva eu tinha mesmo. Quando eu soube que ele botou isso em mim eu fiquei cuma raiva, mas Deus ajudou e foi passando né, fui acostumando com a vida, né...(…) Foi Deus mesmo porque a vontade que me dava era matar ele e acabar comigo em segundo.” (Carolina)***

***“Eu quis matar ele, queria saber como ele trouxe isso pra casa. Além da traição ele trouxe a doença para casa. Ele não se preocupou comigo nem com meus filhos.”  
(Vitória)***

***“Mas não é por causa disso. É que ela ficou com raiva por causa das outras mulher...”  
(Augusto)***

Como colocado anteriormente, várias são as formas de contágio do vírus HIV. Nos casais participantes da pesquisa, a contaminação se deu por via sexual, do homem para a mulher, revelando, além do diagnóstico, a presença, ainda que esporádica, de uma terceira pessoa. É deflagrada a infidelidade.

***“...eu não sabia como pego, como não pego, sei que foi com mulher mesmo, e foi de mim pra ela.” (Augusto)***

***“Eu nem imaginava o que era ser portador desse vírus, só quando o médico falou que era Aids né...(silêncio), eu só sei que foi de mim pra ela que passou; isso aí eu sei porque eu andava muito pelo interior e tal...” (Augusto)***

A fidelidade, tendo como contrapartida a infidelidade, assumiu importância maior nas relações conjugais a partir do casamento por amor, pois por meio dele reúnem-se amor, sexo e casamento, configurando assim o paradigma do relacionamento conjugal moderno que tem como valores principais, prazer, satisfação afetiva, realização pessoal e felicidade.

É possível perceber nos acordos maritais, pactos de fidelidade. A origem desse pacto oriunda da necessidade do ser humano em ocupar um lugar especial na vida do outro, de sentir-se o único a ser amado, desejado e até venerado.

***“Eu gostava de ouvir ele falar que na vida dele era só eu. Eu me sentia uma princesa. Ele dizia que não dava conta nem de mim, que dirá de outra mulher.(...) Eu nunca imaginei que isso podia acontecer.” (Vitória)***

Costa (2000), afirma que a infidelidade é um instrumento de defesa contra um tipo particular de sofrimento, que pode estar relacionado a temores de conflitos, sentimentos de vazio, solidão e até dificuldade de terminar um relacionamento.

***“Foi uma vez só....só saí uma vez numa viagem dela...a gente é homem né? A senhora entende....a mulher tava muito tempo fora...a carne é fraca....mas se eu soubesse o que ia acontecer nunca tinha ido não.” (Fabiano)***

***“ Eu andava muito pelo interior...andava por todo canto, (...) cada dia trabalhava num lugar, noutro...” (Augusto)***

***“Ele pegou essa merda saindo com mulher enquanto eu viajava...” (Vitória)***

Em nossa cultura, a infidelidade gera impacto muito grande para o parceiro que se sente traído, produzindo dor e perda de confiança no relacionamento. Por vezes, o cônjuge que se sente atingido, torna-se recorrente em suas narrativas durante muitos anos após o acontecimento. A confiança em si mesmo é abalada, passa a se considerar alguém não atraente, que fracassou como companheiro(a). Para o parceiro que se permitiu a experiência de vivenciar outras relações, o acontecido pode representar muito pouco, uma aventura ou uma experiência diferente, porém descumprir este pacto de fidelidade pode gerar o sentimento de culpa.

***(...) se ela fica doente minha consciência pesa mais ainda... talvez eu não precisaria ta passando por isso. (...) se fosse outra mulher não estaria comigo até hoje.” (Fabiano)***

Costa (2000), afirma que, quando a relação do casal é sólida, o perdão após uma traição é perfeitamente aceitável. Apesar da marca ficar para sempre, há uma possibilidade de a relação melhorar, já que o casal conversará para conseguir entender-se novamente.

***“Deus mesmo que me ajudou. Eu pedia todo dia (...) Deus ajudou que tive paciência, me apeguei com ele e Graças a Deus hoje to bem. Deus me ajudou e o sentimento que tenho por ele também. (risos)” (Carolina)***

***“Ele diz que foi uma vez só, mas eu não acredito não... quem fez uma, meu filho, faz várias... agora pra ter eu de novo vai ter que ser bem diferente do que era antes.” (Vitória)***

***“...ta bloqueado. Não ta morto, mas ta bloqueado. É forte a mágoa.” (Vitória)***

A infidelidade também abala as fronteiras que protegem ou que pelo menos deveriam proteger a relação do casal. Estas, tornam-se permeáveis e sujeitas a interferência de filhos, demais parentes e amigo. Nas entrevistas de Fabiano e Vitória esta interferência aparece na atuação tanto do filho quanto do irmão de Vitória, que incentivam e ao mesmo tempo cobram atitudes de Fabiano quanto à continuidade da intimidade e da cumplicidade do casal.

#### ***7.4 CONVIVENDO COM O HIV***

Apesar de estarmos convivendo com a existência da AIDS há mais de duas décadas, a soropositividade ainda está impregnada de preconceitos. A necessidade do silêncio e do segredo na convivência social aparece como uma proteção à suposta rejeição por vir.

O estigma que um soropositivo ou doente de Aids pode vir a sofrer não é diferente do que acontecia na Idade Média onde só os ímpios e infiéis contraíam lepra, enquanto os tementes a Deus, não. No século passado, pensava-se que só os devassos é que contraíam tuberculose. A descoberta de que a hanseníase e a tuberculose eram causadas por bacilos, pouco contribuiu para acabar com esses preconceitos seculares. Só a cura atenuou a discriminação sofrida por seus portadores. (Ujvari, 2003)

Falar sobre HIV/Aids ainda é um assunto recheado de tabus e segredos familiares, portanto tal revelação não é uma ação fácil nem para quem a faz nem para quem a escuta.

***“...na minha família ninguém sabe Só as filhas....eu me abri com elas.(...) É minhas cunhada sabe” (Carolina)***

***“ Não precisa ficar contando pra ninguém.”  
(Augusto)***

Imber-Black (1994), afirma que a revelação de certos segredos pode ter efeito profundamente curativo para os indivíduos e para os relacionamentos, enquanto a revelação de outros segredos pode colocar as pessoas em perigo.

***“...os vizinho são tudo comigo assim (junta os dedos)...porque não sabe de nada, se soubesse ficava cada um assim recusando a amizade.(...) os vizinho tudo ficava com horror da gente. Eu penso que é isso que ia acontecer.” (Carolina)***

***“Antes eu trabalhava numa transportadora, as coisa era um pouco melhor, mas depois eu saí de lá e agora para voltar tem que fazer um monte de exames, e se eu fizer exame, eles vão saber de mim, e se soube de mim meus amigos tudo vão ficar sabendo e eu não quero que eles saiba....então eu não volto...eles não entende o porque.” (Fabiano)***

O afastamento do soropositivo de seus familiares e do ciclo de amizades, às vezes se dá por opção e até mesmo como reação à culpa e a vergonha que sente por ter se contaminado, ou pela forma como a contaminação se deu. O medo do julgamento também é intenso. O HIV desestabiliza a pessoa tanto no sentido físico quanto no sentido moral. A vivência de Fabiano retrata esta desestabilização.

***“ Eu saio com familiares. São pessoas que ele conhece, faz parte da família, cunhada, cunhado, compadre daqui, dali. Só que ele se esquiva de ambos os lados. As amizades dele é mais com as pessoas envolvidas também na droga.” (Vitória)***

***“...minha mãe fica mais na casa do meu irmão, ela também ficou com raiva do Fabiano depois de tudo que aconteceu.(...) o outro (referindo-se ao filho) é mais do meu lado, ele não se conforma com o que o pai fez.” (Vitória)***

***“Desde que nós soubemos do HIV. Se é pra sair com meu irmão ele concorda, mas depois eu to toda arrumada, pronta e tal, aí ele me leva até a esquina, aí o meu irmão diz e aí Fabiano, vamos? Aí ele diz não, não, só vim trazer a nega. Então não adianta. Ele não sai junto.” (Vitória)***

O cotidiano de quem vive a soropositividade aparece associado ao uso da medicação, são criadas estratégias para lidar com eles. Muitas vezes os pacientes armazenam os remédios em embalagens de vitaminas para não levantar suspeitas. Além disso, utilizam porta comprimidos e garrafas de água dentro da bolsa ou da sacola ao sair de casa.

***“Comecei a tomar o remédio e nunca tive nada. Nem dor de cabeça eu tenho” (Carolina)***

***“...eu tenho que tomar o remédio de manhã e a noite. Eu carrego tudo aqui na minha bolsa.” (Vitória)***

A vida do soropositivo, atualmente, é extremamente mais saudável que a de uma pessoa que contraiu a doença há 20 anos. Quando os primeiros casos de Aids foram descritos, a expectativa de vida dos pacientes diagnosticados não ultrapassava 6 meses. Naqueles tempos, um diagnóstico de Aids equivalia a uma sentença de morte a se concretizar em curto espaço de tempo.

Hoje, conviver com a soropositividade impõe uma readaptação de hábitos e costumes.

***“Eu me cuido. A maioria do meu tempo é pra cuidar da minha saúde. É uma consulta aqui, um exame ali. Agora mesmo, tenho que marcar uma mamografia. Mulher tem mais coisa pra se cuidar do que homem. E nisso os médicos ficam no pé.” (Vitória)***

***“Eu ando me cuidando, sinceramente eu me sinto bem. Eu venho corretamente. Marcam o dia e eu venho. Agora se eu deixar de trabalhar, quem vai dar comida pra gente comer? Não adianta a gente tomar esses medicamentos forte sem ter uma alimentação adequada.” (Fabiano)***

Nas entrevistas com Fabiano e Vitória abordei as dificuldades de Fabiano em seguir à risca o tratamento, as escapulidas dos horários de consultas, enfim, a aderência ao tratamento.

***“Porque eu to super bem. A carga viral dele foi pra vinte mil, a minha está inexistente. (...)Ele só quer comer.” (Vitória)***

***“Ou eu trabalho para pôr alimentação dentro de casa ou...esses remédios são forte, senão comer...é o que eu falo pra ela.”(Fabiano)***

De acordo com os estudos de Cardoso e Arruda ( 2004) sobre a observância terapêutica de pacientes soropositivos, viver a soropositividade no dia a dia está associada a “tomar remédios”. A medicação é associada à esperança e à possibilidade do prolongamento da vida. Para os homens que aderem ao tratamento, este é visto de maneira ambivalente, pois é “bom e ótimo”, apesar de também fazer mal, pois existem efeitos colaterais e são “fortes”.

### ***7.5 MUDANÇAS NA TRAJETORIA DOS CASAIS APÓS A REVELAÇÃO DA SOROLOGIA POSITIVA PARA O HIV.***

A vivência da soropositividade é algo extremamente mobilizador. Num primeiro momento, surge a ameaça à própria identidade, a sensação de sentir-se saudável desvanece.

Ser portador do HIV envolve o impacto da doença e do diagnóstico na qualidade de vida, aumento do estresse pelo preconceito e medo da discriminação.

Viver com a sorologia positiva requer constantes adaptações e reajustes, muitas vezes num contexto de múltiplas perdas sociais e pessoais.

***“Eu parei de trabalhar, me aposentei, parei com o bar também. O médico pediu por causa do frio, ficava abrindo o freezer, fechando, tal...aí eu tenho um outro salão, lá eu vendo doce, alguma coisa, faço um rolo lá e to vivendo. Dá pra tocar a vida.” (Augusto)***

***“Antes eu trabalhava numa transportadora, as coisa era um pouco melhor, mas depois eu saí de lá e agora para voltar tem que fazer um monte de exames, e se eu fizer exame, eles vão saber de mim, e se soube de mim meus amigos tudo vão ficar sabendo e eu não quero que eles saiba....então eu não volto...eles não entende o porque.” (Fabiano)***

O estigma e a discriminação são comuns nas comunidades, nas famílias e também nos locais de trabalho. Estigma causa medo e isolamento e prejudica os esforços de prevenção e tratamento. As pessoas evitam fazer os exames com medo que os resultados sejam revelados. O estigma social tem papel significativo na geração do medo de fazer o exame.

No entanto, existem leis no Brasil garantindo os direitos trabalhistas dos portadores do HIV. A portaria interministerial (Saúde e Trabalho) 3185/88, institui que a prevenção à AIDS seja incluída nas Comissões Internas de Prevenção e Acidentes (CIPAS), e a Lei 7.670/88 garante direitos previdenciários, porém nem todos os soropositivos conhecem seus direitos. (Sebastião, 2000)

Com o intuito de manter em segredo sua sorologia, muitos portadores sujeitam-se a mudar suas atividades profissionais, mesmo que isso gere queda de poder aquisitivo.

***“ Antes eu trabalhava numa transportadora. (...) Hoje, trabalho de ajudante de pedreiro, ganho 200,00 reais por semana. Aí 150,00 eu fiz as compras, sobrou 50,00 (...) esse cinquenta vai servir pra depois.”  
(Fabiano)***

Por sua vez, no caso de Vitória, saber do seu diagnóstico estimulou-a a voltar a estudar e buscar uma condição de vida melhor.

## ***MUDANÇAS VIVENCIADAS NA SEXUALIDADE***

A vivência da sexualidade do casal também sofre modificações. Alguns deles, quando se descobrem soropositivos, decidem por não ter mais vida sexual ativa; uma questão de foro íntimo, muito delicada e difícil de ser executada, pois nossa sociedade dá, constantemente, mensagens com forte apelo sexual, o que dificulta, e muito, sobrepujar o desejo sexual natural em todos os seres humanos e concretizar a decisão de não ter sexo. Outros, porém, inserem questionamentos e reflexões na continuidade da atividade sexual.

Como relatei na revisão de literatura, sexualidade sempre foi, e ainda é algo imbuído de vergonha, mitos, preconceitos e tabus. Tal situação, provavelmente, derive de fatores históricos e culturais que inibiram o relacionamento natural das pessoas com a própria sexualidade.

Desta forma, apesar de ser algo inerente ao desenvolvimento de todas as pessoas, até nos dias atuais, questões relacionadas ao sexo são tratadas com pudor, atrapalhando ou mesmo impedindo o diálogo saudável sobre esse tema.

***“...a gente nem pensava nessas coisas, em filho, doença, eu era virgem e ele também. Naquela época a gente não tinha as informações que a gente tem hoje, minha mãe não falava muito sobre isso, eu conversava com as amigas. Cada uma contava uma coisa. Eu tinha medo de transar, o Fabiano teve que ter muita paciência comigo.” (Vitória)***

***“Eu também não sabia muita coisa, então nós foi fazendo as coisas devagarinho, eu me preocupava que ela não tivesse dor”.*(Fabiano)**

Percebi que, apesar das duas décadas de HIV/Aids no Brasil, e das inúmeras campanhas feitas no intuito de alertar a população quanto aos riscos do contágio, essa possibilidade não foi cogitada por nenhum dos casais participantes do estudo. Motivo que pode vir a justificar a heterossexualização da Aids e como conseqüência, sua feminilização.

Algumas pesquisas (Carvalho, 1998; Tura, 1998), demonstram como as formas de relacionar o cuidado com a Aids estão pautadas em relações de desconfiança, enquanto nas relações conjugais (parceria fixa), esta desconfiança fica muito diminuída ou dá lugar à confiança.

Na convivência com a soropositividade o casal vai aprendendo sobre como lidar com as mudanças na vivência de sua sexualidade e busca novos arranjos.

***“Depois que a gente soube da infecção, no primeiro ano, a gente até tentou se relacionar sexualmente, mas não deu certo não, porque ele quer chegar e fazer, e assim eu não quero mais não...agora eu quero ir ao motel (...) eu não sou mais aquela mulher de dentro de casa. Eu quero que ele me leve pra motel. Eu quero conhecer motel”.* (Vitória)**

***“Será que uma vez só ta bão? Ou ela vai querer ir direto? Aí é que eu pergunto pra ela...”* (Fabiano)**

***“Eu quero ir pelo menos uma vez por mês, ou então a cada seis meses.(...) Antes a gente se divertia em qualquer canto da casa. Hoje a gente não se diverte(...) as coisas mudaram do que eram. Não vivemos do jeito que vivia e agora as coisas tem que ser bem diferente do que era antes de acontecer, e usar preservativo”. (vitória)***

Por meio da atividade sexual, expressam-se sentimentos em relação à pessoa amada, anseios e desejos íntimos. Continuar com uma vida sexual ativa e segura, sem o risco de recontaminação, pode contribuir para melhor qualidade de vida. Porém, a necessidade de negociação é constante.

***“Não vai acontecer de qualquer jeito... tem que me levar pelo menos pra comer uma pizza. Ficar ali, vai conversando, aí quando chega em casa a coisa acontece. Fica mais fácil para a coisa ir acontecendo. Agora, ta dentro de casa mesmo, saí da sala e vai pro quarto...aí eu não quero não...então deixa quieto.” (Vitória)***

É válido lembrar que o surgimento da Aids provocou mudanças no conceito de infidelidade. Se, antigamente, a tônica da questão era totalmente moral, hoje está direcionada mais à saúde física e mental. O fato é que a traição, associada à sorologia positiva para o HIV, pode erigir um obstáculo na vida a dois.

***“Ah ,não tem mais não. Eu fiquei com raiva dele” (Carolina)***

***“ É...ela ficou com raiva...” (Augusto)***

***“Depois disso nunca mais,... as cobertas são separadas e tudo.” (Carolina)***

***“Mas não é por causa DISSO. É que ela ficou com raiva por causa das outra mulher..” (Augusto)***

***“Eu tomei a decisão....faz muitos anos.” (Carolina)***

***“Antes de saber era tudo normal. Mas quando eu soube....hum..ele ficou para o outro lado. Nois conversa, tudo bem, mas esse negócio não tem mais não.” (Carolina)***

Tratando-se deste casal, Carolina e Augusto, a decisão por não ter mais vida sexual ativa, não os impediu de desfrutar de proximidade e carinho.

## **7.6 PERSPECTIVAS DO CASAL FRENTE A SOROLOGIA POSITIVA PARA HIV.**

Considerando que os medicamentos podem fazer com que o diagnóstico de sorologia positiva para o HIV/Aids deixe de ser uma sentença de morte e se transforme em doença crônica, novas perspectivas surgem para os pacientes soropositivos.

### **A PRESENÇA DA MORTE**

No entanto, o que observei com os casais estudados é que, quando da revelação do diagnóstico, a presença da morte é iminente.

***“...eu não queria viver mais, até acostumar né, depois que eu acostumei, agora graças a Deus, tá bem! ...mas demorou muitos dias pra eu acostumar com essa idéia. Chorei muito.”  
(Carolina)***

Já que a morte se faz presente, surge como interruptora de sonhos.

***“ Você pensa que já vai morrer e eu queria ver meus netos... ainda não tinha nenhum”.  
(Carolina)***

***“ Meu irmão diz “ antes de você bater as botas você vai conhecer motel, nem que seja comigo”.” (Vitória)***

Rolland (1995), afirma que a antecipação da perda devido a uma doença física pode ser tão dolorosa e perturbadora para as formações familiares quanto à própria morte.

***“meu irmão é tudo pra mim. Ele faz de tudo para me ajudar, pra ajudar a gente, né. Desde que a gente soube que tava infectado, ele ficou muito triste...eu não queria que ele sofresse por minha causa”. (Vitória)***

Falar sobre HIV/Aids é trazer a doença e a perspectiva de morte para o cotidiano, é ter que enfrentar e buscar respostas, e principalmente revela sua proximidade, torna real a vulnerabilidade que ronda a todos.

Definitivamente, o ser humano não se sente preparado para encarar essa última fase do ciclo vital. Logo, sua negação apresenta-se na fala dos participantes.

***“Ah... não penso nisso não. Nós tem que pensar na vida. Terminar de criar as filhas, vê as netas crescer. A morte vai acontecer um dia, seja disso ou daquilo, então pra que perde tempo pensando nela? Você veja, eu cuido dos meus passarinhos, as vezes algum morre mas eles não sabe quando, ninguém sabe quando, enquanto isso eu cuido deles”. (Augusto)***

***“Não quero morrer agora não... risos. Quando eu soube do que ele fez, eu pensei em morrer, mas hoje não quero morrer não.” (Carolina)***

Compartilhar o mesmo diagnóstico com o cônjuge traz consigo o medo em relação ao adoecimento e morte do (a) parceiro (a).

Franco (2002), afirma que o processo de luto tem início a partir do momento em que é recebido o diagnóstico de uma doença fatal ou potencialmente fatal. As perdas decorrentes assim se mostram: segurança, funções físicas, imagem corporal, força e poder, independência, auto-estima, respeito dos outros, futuro.

***“...eu cuido mais porque ela é o braço direito da casa né...a família inteira depende dela...ela que põe os meninos pra ir pra escola. Se ela ficar doente, de cama, quem vai fazer isso? É só eu e ela. Ninguém ajuda nós.(...) Se ela pegar um resfriado forte e ficar doente quem vai ter que cuidar dela sou eu. Vou ter que dar o remédio. (...)se ela fica doente minha consciência pesa mais ainda...talvez eu não precisaria ta passando por isso.” (Fabiano)***

Percebo nesta fala de Fabiano, cuidado, medo do adoecimento e também a culpa por ter sido o transmissor do vírus.

***“Eu tenho medo que o Augusto morra antes de mim...de fica sozinha, sei lá, a gente se acostumou um com o outro né.” (Carolina)***

É na família que aprendemos a lidar com situações do nosso dia a dia. Augusto e Carolina vivenciaram várias mortes em suas famílias de origem, e junto com essas mortes, significados aprendidos e possivelmente perpetuados, como por exemplo:

- crianças não entendem a morte.

***“eu era muito pequeno quando minha mãe morreu, não lembro direito das coisas não. Criança pequena não entende muito essas coisas não.” (Augusto)***

- A morte pode ser enlouquecedora e desestruturante.

***“Enterrou tudo junto,(referindo-se a morte da irmã de Augusto)ela com a criança (...)o cunhado dele quase ficou louco, saiu por esse mundo de meu Deus e ninguém soube mais dele.” (Carolina)***

***“Ela pegou câncer de mama (referindo-se a irmã). Ela fez o tratamento, mas não deu em nada. A bichinha adoeceu e morreu, eu fiquei muito sentida, vi essa menina crescer. “ (Carolina)***

***“A Carolina ficou muito abalada com a morte dessa irmã, foi logo depois que a gente descobriu aqui, né.” (Augusto)***

### ***UM MOTIVO PARA VIVER: A ESPERANÇA***

Ter a proliferação do vírus sob controle, permite que os soropositivos retomem sua vida e reavaliem suas metas.

Para o casal Augusto e Carolina, a possibilidade de ver sua continuidade através das filhas e das netas, é motivo para continuar vivendo, além da religiosidade.

***“Nós vai tocando a vida, Graças a Deus....tamo bem...não sentimos nada...cuidamos das netas, os amigo tudo gosta de gente, o importante é tocar a vida.”(Carolina)***

***“ ...o importante, o que eu peço a Deus é cuidar das minha filhas. O povo tudo gosta da gente, inclusive as minhas cunhadas, minhas irmãs só vão mesmo é na nossa casa.” (Augusto)***

Para o casal Fabiano e Vitória, a reconquista por parte de Fabiano é fundamental para a continuidade e estabilidade do casal.

***“...do jeito que ele faz, ele nunca vai me ter de volta. Eu sei que ele ta querendo, mas desse jeito não ta adiantando nada. Pra dançar não, pra sentar num barzinho não, pra conhecer um motel, não (...) agora vai ter que começar tipo um namoro. Que seja um namoro mais avançado, mas que seja um namoro com mais festa.(...) eu gostaria que voltasse a ser o que era, porque eu vou fazer o que?.” (Vitória)***

***“Eu quero viver muito e muito bem, por isso eu me cuido. Mas quero ter coisa boa para viver. Quero passear, dançar, ficar com os amigos, me divertir, ir no motel, tudo o que eu já disse que eu quero. Quero viver diferente.” (Vitória)***

***“Eu lembro que eu sou soropositivo, mas eu tento afastar da minha mente. Só penso quando estou em casa.(...) Eu acho que a gente vai vivendo né, eu mais ela, nós so pode contar eu com ela e ela comigo.” (Fabiano)***

*“Nada tendo, decido-me a criar.  
Brando a espada: sou luz harmoniosa  
E chama genial que tudo ousa  
Unicamente à força de sonhar...”  
(Escavação - Mário de Sá Carneiro)*

## VIII - CONSIDERAÇÕES FINAIS-

---

A partir das minhas primeiras inquietações a respeito de como os casais estavam se estruturando para conviver com a presença do vírus HIV e da Aids no cotidiano das suas relações, surgiu este estudo que buscou compreender a repercussão da sorologia positiva para o vírus da imunodeficiência humana na trajetória de casais heterossexuais soroconcordantes visando identificar as mudanças na vida afetivo-sexual e as formas de enfrentamento desenvolvidas pelo casal para lidar com tal realidade.

Acredito que tenha encontrado algumas respostas, porém tantas outras questões que envolvem o tema estão sendo levantadas seja por meio da revisão da literatura ou pelo conteúdo das entrevistas realizadas com os participantes do estudo.

Pude perceber, que cada casal tem um modo próprio de enfrentar o diagnóstico, apesar de ter padrões de funcionamento que se repetem, como o fato das mulheres terem sido contaminadas por seus maridos em uma relação considerada estável, em virtude de relações extra-conjugais.

Mesmo decorridos mais de vinte anos da descoberta da Aids, e apesar do alto número de óbitos por conseqüência dela, envolvendo artistas e anônimos, sua existência parece ainda ser negada, o que seria uma das possíveis explicações para a contínua contaminação, principalmente das mulheres.

Para os homens dos casais participantes do estudo, a possibilidade de contaminação em uma relação extra-conjugal era inexistente. Em virtude disso, o diagnóstico revela além da presença do vírus, a vulnerabilidade dos homens no que diz respeito à prevenção e expressão da sua sexualidade, gerando um comportamento de risco e por conseqüência, a culpa.

Para as mulheres do estudo, contudo, a contaminação vem acompanhada da constatação da infidelidade. A fidelidade, cláusula do contrato que garantiria a prevenção de doenças, é quebrada. As expectativas de serem felizes para sempre, dão lugar à decepção e a raiva.

Nestes casais, a infidelidade e, por consequência, a contaminação, gerou dores, inseguranças, mágoas e culpa. Fica evidente que por mais que se tente compreender e reconstruir a relação, a traição é uma marca que evidenciada pelo diagnóstico, ficará para sempre, mesmo que atenuada.

Diante da constatação que nestes casais a contaminação se deu no decorrer do relacionamento, fiquei refletindo como seria o relacionamento de um casal soroconcordante que se forma após ambos saberem do diagnóstico. A repercussão seria diferente? O diagnóstico favoreceria a estabilidade da relação?

As mudanças no cotidiano relatadas pelos participantes após o diagnóstico, e diretamente ligadas ao HIV/Aids, pautam sobre os cuidados com a saúde, qualidade de vida, alimentação, diversão, e ingestão de medicamentos. O aparecimento de doenças oportunistas e a morte são citados pelos casais, mas como realidade distante. A existência e a disponibilidade dos anti-retrovirais adia tais constatações.

Acredito ser fundamental ressaltar a importância dada pelos casais às suas redes de apoio, tanto quando se referem aos serviços de saúde disponibilizados a eles por meio da equipe do ambulatório, quanto aos familiares e amigos que convivem com eles.

Após a sapiência do diagnóstico, a aceitação social é um grande desafio a ser enfrentado pelos casais. O medo de sofrer rejeições e preconceitos no

ambiente de trabalho, na família e no meio social é grande, gerando o segredo como defesa à discriminação.

Quanto aos instrumentos utilizados na realização deste estudo, acredito que foram adequados aos propósitos, já que nas entrevistas, por meio das perguntas circulares e reflexivas foi possível ampliar os temas propostos. A utilização do genograma permitiu que fossem identificados padrões que vem sendo repetidos pelos casais, denunciando as influências sofridas nas suas relações familiares iniciais.

Daí surge outra reflexão: frente às dificuldades políticas e econômicas sofridas por grande parte da população e ao aumento do número de pessoas contaminadas pelo vírus HIV nas camadas mais pobres da sociedade, seria possível aos casais infectados vivenciarem uma separação? Por sua vez, como seria a repercussão do diagnóstico na vivência de casais soroconcordantes que possuem um maior poder aquisitivo?

Todas essas evidências e questionamentos levam-me a refletir como psicóloga e terapeuta de casais e família, sobre a importância de disponibilizar aos casais que passam por essa vivência a possibilidade de usufruir de auxílio terapêutico para a reflexão, reconstrução e até mesmo para a dissolução da conjugalidade, afinal por pior que tenha sido o relacionamento, por mais dores que tenha causado, lidar com a separação seja via divórcio ou morte é um momento difícil, independente de idade, tempo de relação e nível econômico ou cultural.

Este estudo não tem a pretensão de esgotar o assunto, ao contrário, finalizá-lo é dar abertura para que mais estudos e reflexões venham contribuir para a compreensão da vivência de casais com sorologia positiva para HIV/Aids.

*“Porque amor não se troca,  
Não se conjuga, nem se ama.  
Porque é amor o nada,  
feliz e forte em si mesmo.”*

*(As sem razões do Amor - Carlos Drummond de Andrade)*

## **IX. Referências Bibliográficas-**

---

ANDOLFI, M; ANGELO,C. *Tempo e Mito em Psicoterapia Familiar* . Porto Alegre. Ed. Artes Médicas, 1988,

ANDOLFI,M.; ANGELO,C.; SACCU,C. *O casal em Crise* -São Paulo, Summus Editorial, 1995, 216p.

AINSWORTH, M.D.S.; BLEHAR,M.; WATERS, E; WALL, S. *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. New Jersey. Lawrence Erlbaum. 1978.

ANTON, I.L.C. *A escolha do cônjuge: um entendimento sistêmico*. Porto Alegre, Artmed, 2000, 304p.

\_\_\_\_\_. *Homem e Mulher:seus vínculos secretos*.Porto Alegre, Artmed, 2002, 367p.

ARIÉS, P. *História de Morte no Ocidente*. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1977,316p.

BALLONE, G.J. *O Normal em Sexualidade*. Disponível on line em [www.psiqweb.med.br](http://www.psiqweb.med.br) acessado em 18/11/2003.

BARDIN,L. *Análise de Conteúdo*. Rio de Janeiro, Edições 70, 1970. 229p.

BARTLETT, J.G. *Assistência Clínica ao paciente com HIV/AIDS: Guia Prático*. Rio de Janeiro , Revinter, 1999, 172p.

BEE, H. *A criança em desenvolvimento*. Porto Alegre. Artes Médicas. 1996.

BOWEN, M. *Theory in the Practice of Psychotherapy*. In *Family Therapy: Theory and Practice*, New York, Gardner, 1978.

\_\_\_\_\_. *De la familia al individuo: la diferenciación del si mismo en el sistema familiar*. Buenos Aires. Paidós. 1991.

BOWLBY, J. *Formação e Rompimento dos Laços Afetivos*. Editora Martins Fontes, 1997, 228p.

\_\_\_\_\_. *Apego: a natureza do vínculo*, in *Apego e Perda*, vol. 1. São Paulo, Editora Martins Fontes, 1990, 493p.

\_\_\_\_\_. *Perda: tristeza e depressão*, in *Apego e Perda*, vol. 3. São Paulo, Editora Martins Fontes, 1998, 486p.

BRASIL, Ministério da Saúde, Coordenação Nacional de DST/Aids (CN-DST/Aids). Boletim Epidemiológico Aids. Ano XVI. Disponível on line em [www.aids.gov.br/boletimepidemiologico](http://www.aids.gov.br/boletimepidemiologico) acessado em 05/05/2005.

BOURDIEUX, P. – *Ésquisse d'une théorie de la pratique* – Paris - Librairie Droz, 1972

BUSTOS, D.M. *Perigo...Amor a vista: drama e Psicodrama de casais*. São Pulo, Editora Aleph, 1990, 128p.

CAMPOS, R. *A nova fórmula do casamento*. Revista Viver nº87 .São Paulo.2000. 23-32pp.

CARDOSO, G.P.; ARRUDA, A. *As representações sociais da soropositividade e sua relação com a observância terapêutica*. *Ciência e Saúde Coletiva* nº10. Rio de Janeiro, 2004. 151-162pp.

CARTER,B.; MCGOLDRICK, M. - *As Mudanças no Ciclo de Vida Familiar* .Porto Alegre . Artes Médicas, 1995. 510p.

- CARVALHO, M. R. *Eu confio, tu prevines, nós contraímos, uma (psico) lógica (im) permeável à informação?* Em Madeira, M. ;Jodelet, D. (orgs). AIDS e representações sociais: à busca de sentidos. Natal. Editora da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. 1998. 89-94 pp.
- CASTILHO, T. *Família e Relacionamento de Gerações. Disponível on line em [www.sescsp.org.br/sesc/conferências](http://www.sescsp.org.br/sesc/conferências) acessado em 28/06/2005.*
- CERVENY, C. O.; BERTHOUD, C.M.E. *Família e Ciclo Vital – Nossa realidade em pesquisa.* São Paulo. Casa do Psicólogo. 1998. 287p.
- CHIAVENATO, I. *Introdução à Teoria Geral da Administração.* São Paulo. Campus.2004, 528p.
- CHIZZOTTI, A. - *Pesquisa em ciências humanas e sociais.*São Paulo, Cortez, 1995, 165p.
- CONTIM,D. *O significado do cuidar para familiares de crianças e adolescentes com doença crônica.* Dissertação de Mestrado apresentada na Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2001.
- COSTA, G.P. *A cena conjugal.* Porto Alegre, Artmed Editora, 2000, 147p.
- COSTA, J.F. *Sem fraude, nem favor: estudos sobre o amor romântico.* Rio de Janeiro, Rocco, 1998, 224p.
- CUKIER, R. *Sobrevivência emocional: as dores da infância revividas no drama adulto.* São Paulo, Agora, 1998, 117p.

- EL BASSEL, N.; WITLE, S.S.; SORMANTI, M., MORENO, C.; PEREIRA, L.; ELAM,E.; STEINGLASS, P. *HIV prevention for intimate couples: A relationship-based model*. Families, Systems and Health, nº19, 2003, 379-395pp.
- FÉRES-CARNEIRO,T & BUCHER, J.S.N.F – *Vínculo conjugal: da união à separação e o controle mútuo do destino*. In Coletânea da ANPEPP, setembro, vol.01, nº01, 1996 pp.71-100.
- FERREIRA, C.V., *AIDS e Exclusão Social: Um estudo clínico com pacientes HIV*. São Paulo, Lemos Editorial, 2003, 318p.
- FEENEY, J.; NOLLER, P., *Adult attachment*. Califórnia, EUA, SAGE Publications, 1996, 176 p.
- FISCHER, J.R. & MARQUES, F. – *Gênero e exclusão social* – disponível em <http://www.fundaj.gov.br/tpd/113.html>. Acesso em 06/09/2001.
- FONSECA, J.P. *Luto Antecipatório. Campinas, Livro Pleno. 2004. 183p.*
- FRANCO, M.H.P. *Uma mudança no paradigma sobre o enfoque da morte e do luto na contemporaneidade*. Em Estudos Avançados sobre o luto. Campinas, Livro Pleno, 2002, 15-38pp.
- FRALEY, R.C.; SHAVER, P.R., *Adult romantic attachment: theoretical developments, emerging controversies, and unanswered questions. Review of General Psychology*, University of Califórnia, Davis, 2000, vol.4, nº2, pp.132-54.

FREITAS, M.I.F. *Adolescentes, Aids e as campanhas na televisão*. Revista Mineira de Enfermagem, vol.6 – Belo Horizonte, 2002, 12-26pp.

FREUD, S. (1905) – *Obras Completas – Os três ensaios sobre a teoria da sexualidade*. ESB, vol.VII, Rio de Janeiro, Imago, 1989.

GALVÃO, J. *AIDS NO Brasil: A agenda de construção de uma epidemia*. São Paulo – Editora 34, 2000,255p.

GIDDENS, A. *A transformação da intimidade: sexualidade, amor & erotismo nas sociedades modernas.* – São Paulo – Ed. Unesp, 1992, 228p.

GOLDRICKI, M.; GERSON, R. *Genogramas en La Evaluacion Familiar* Barcelona, Editorial Gedisa, 1996.

GOLDENBERG, M., *A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais*. Rio de Janeiro, Editora Record. 2000, p.107

HAZAN, C., ZEIFMAN, D. *Adult romantic attachment, affection, and sex*. Paper presented at the 7th International Conference on Personal Relationships, Groningen, The Netherlands, 1994.

HOBFOLL, S.E., CAMERON, R.C., CHAPMAN, H.A., GALLAGHER, W. *Social Support and Social Coping in Couples*. Em Pierce, G.R & Sarason, B.R. (org.) *Handbook of Social Support and the family* New York: Plenum Press. 1996, 413-434pp.

IMBER-BLACK, E. *Os segredos na família e na terapia familiar*. Porto Alegre, Artmed, 1994, 420p.

- KAREN, R. *Becoming attached: First Relationships and How they Shape our Capacity to love*. New York. Oxford University Press. 1998.
- KERR, M.E. *Chronic Anxiety and Defining a Self*. The Atlantic Monthly 262(3), 1988. 13-26pp.
- KOVÁCS, M.J. *Morte e Desenvolvimento Humano*. São Paulo. Casa do Psicólogo.1992. 253p.
- KOVÁCS, M.J.; BROMBERG, M.H.P.F.; CARVALHO, M.M.M.J.; CARVALHO, V.A. *Vida e Morte: Laços da Existência*. São Paulo. Casa do Psicólogo. 1996.122p. KÜBLER-ROSS, E., *Sobre a morte e o morrer*. São Paulo, Martins Fontes, 1992, p.299.
- KUNCE, L.J.; SHAVER, P.R., *An attachment-theoretical approach to caregiving in romantic relationships*. In: BARTHOLOMEW, K.; PERLMAN, D., Attachment processes in adulthood. United Kingdom, 1994, pp.205-37.
- KUBLER-ROSS, E. *Sobre a morte e o morrer*. São Paulo. Martins Fontes. 1997, 299p.
- LEMAIRE, J.G. *La pareja humana: su vida, su muerte, su estructura*. Cidade do México, Fondo de Cultura Económica, 1990.
- MALBERGUER, A. *AIDS E Psiquiatria: Um guia para os profissionais de Saúde*. Rio de Janeiro, Revinter, 2000, 110p.
- MC DANIEL, S.H.; HEPWORTH, J; DOHERTY, W.D. *Os desafios da doença crônica: Em Terapia Familiar médica, um enfoque biopsicossocial às famílias com problemas de saúde*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1994, 179-223pp.

- MELLO FILHO, J. *AIDS: o doente, o médico e psicoterapeuta*. Em *Psicossomática Hoje*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1992. 385p.
- MYNAIO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualidade em saúde*. São Paulo - Hucitec/Abrasco, 1992.
- MUSTIN, H.; MARECK, J. *Making a Difference Psychology and the Construction of Gender*. London, Yale University Press, 1990.
- PAPP, P. *Casais em Perigo: novas diretrizes para terapeutas*. Porto Alegre, Artmed, 2002, 353p.
- PATTON, M. Q. *How to use qualitative methods in evaluation*. Thousand Oaks, CA: Sage. 1987
- PAIVA, M.S. *Vivenciando a gravidez e experienciando a soropositividade para o HIV*. Tese apresentada à Escola de Enfermagem da USP para obtenção do título de doutora em Enfermagem – São Paulo – 2000.
- PARKER, R. *Na contramão da AIDS: Sexualidade, Intervenção, Política*. São Paulo, Editora 34, 2000, 160p.
- \_\_\_\_\_. *Políticas, Instituições e AIDS: Enfrentando a AIDS no Brasil*. Rio de Janeiro, Editora Jorge Zahar, 1997, 182p.
- PARKES, C.M., *Luto: estudos sobre a perda na vida adulta*. São Paulo, Summus, 1998, p.294.
- PINCUS,L.; DARE, C. *Psicodinâmica da família*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1981. 189p.

- OLIVEIRA, M.C.C. *Singularidade do luto por AIDS em mulheres: As viúvas da AIDS* – Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica – PUC – São Paulo – 2000.
- OSORIO, L.C.; VALLE, M.E.P. *Alquimia íntima: A nova química do casal*. Porto Alegre, Literalis Editora, 2004, 127p.
- RACHID, M.; SCHECHTER, M., *Manual de HIV/AIDS*. Rio de Janeiro, Revinter 2000, 224p.
- REIS, M.M.F. *Mulher: produto com data de validade*. São Paulo . Ed. O Nome da Rosa ,2002
- REZENDE, L.M. *Saúde: dialética do pensar e do fazer*. São Paulo, Cortez ,1986.
- ROLLAND, J.S. *Doença crônica e o ciclo de vida familiar*. In: CARTER, B.; MCGOLDRICK, M., e col., *As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar*. Porto Alegre. Artes Médicas.1995. pp.373-91.
- \_\_\_\_\_. *Ajudando famílias com perdas antecipadas*. In WALSH, F.; MCGOLDRICK, M. *Morte na família: sobrevivendo às perdas*. Porto Alegre. Artmed, 1998.
- ROSSET, S.M. *O casal nosso de cada dia*. Curitiba, Editora Sol, 2004, 170p.
- SANTOS, C.T.; SEBASTIANI, R.W. *Acompanhamento Psicológico à pessoa portadora de doença crônica*. Em: CAMOM, V.A.A. (org.) *E a psicologia entrou no hospital*. São Paulo, Pioneira, 2001, pp 147-76.
- SANTOS, S.R.B. dos, *O amor em movimento: casamento e mudança no apego*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica – PUC - São Paulo, 2000.

SEBASTIÃO, I.V. *Manual de Segurança do Trabalho*. Florianópolis. Mestra. 2000.

SEIXAS, M.R. *Sociodrama familiar sistêmico*. São Paulo, Aleph, 1992, 199p

SELTZER, W.J., & SELTZER, M.R.- *Material, myth and magie: a cultural approach to family therapy*. In-Family Process, New York: 22 (1), 3-14, 1983.

SHAVER, P.R.; BELSKY, J.; BRENNAN, K.A.; KELLY, A. *The adult attachment interview and self-reports of romantic attachment: associations across domains and methods*. Personal Relationships, 2000, 7, pp.25-43.

SHAVER, P.R.; KUNCE, L.J., *An attachment-theoretical approach to caregiving in romantic relationships*. In: BARTHOLOMEW, K.; PERLMAN, D., (Eds.), Attachment processes in adulthood. Bristol, Jessica Kingsley Publishers Ltd., 1994, vol.5, pp.205-37.

SOARES, M.A. *As origens do vírus da Aids*. Revista Ciência Hoje, vol.26. Rio de Janeiro. 1999. 28-33pp.

SOUZA, A. M.N. *A família e seu espaço: uma proposta de terapia familiar*. Rio de Janeiro, Editora Agir, 1997, 206p.

STROEBE, M.S.; STROEBE, W.; HANSSON, R.O. *Handbook of bereavement: Theory, Research and Intervention*. New York. Cambridge University Press. 1993.

TOOM, K. *Circular Interviewing: A multifaceted clinical tool*. In: CAMPBELL,D.;DRAPER,R. *Aplications of sistemic family therapy*. London, Grune and Stratton, 1985.

- TRIVIÑOS, A.N.S., *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo, Editora Atlas S.A., 1995, p.175.
- TURA, L.F.R. *Aids e estudantes: a estrutura das representações sociais*. Em Madeira, M. ;Jodelet, D. (orgs). *AIDS e representações sociais: à busca de sentidos*. Natal. Editora da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. 1998. 89-94 pp.
- TURKENICZ, A. *A aventura do casal – uma abordagem teórico-clínica*. Porto Alegre, Artes Médicas ,1995, 118p.
- UJVARI, S.C. *A história e suas epidemias: a convivência do homem com os microorganismos*. São Paulo. Senac. 2003, 328p.
- VIANNA, H. *O mistério do samba* . Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1995.
- VIORST, J. *Perdas Necessárias*. São Paulo. Melhoramentos. 2000.
- VERONESI, R.; FOCACCIA R.; LOMAR, A.V., *Retrovirose Humana:HIV/AIDS*. São Paulo, Atheneu, 1999, 436p.
- WALKER, L; GILBERT, L. *Treading the path of least resistance: HIV/AIDS and social inequalities - a South African case study*. *Social Science & Medicine*, 2002, 54 (7): 1093-1110pp.
- WORDEN, J.W., *Terapia do luto: um manual para o profissional de saúde mental*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1998, p.203.

*“Amor é fogo que arde sem se ver;  
É ferida que dói e não se sente;  
É um contentamento descontente;  
É dor que desatina sem doer;”*

*(Amor é um fogo que arde sem se ver - Luiz Vaz de Camões)*

X. ANEXOS –

---

## ANEXO I

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu \_\_\_\_\_

Abaixo assinado, declaro que estou ciente do objetivo da pesquisa “**Amor em Tempos de Aids: A trajetória afetiva de casais soropositivos**”<sup>2</sup> e aceito participar da mesma. Portanto, autorizo a psicóloga Celina Daspett (CRP 06/39627-2) a efetuar a gravação em áudio das entrevistas realizadas, e utilizar as informações coletadas como instrumento de pesquisa para a dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, realizado na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP) – Núcleo de Família e Comunidade sob orientação da Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Maria Helena Pereira Franco, bem como sua publicação em meio acadêmicos e científicos.

Por sua vez, a psicóloga se compromete a seguir todos os critérios éticos necessários e previstos nas leis que regem sua atuação clínica e de pesquisadora, tais como sigilo e preservação da identidade dos participantes, bem como apresentar aos mesmos devolutiva dos dados colhidos.

Fica aqui estabelecido que a partir do momento que os participantes comunicarem a psicóloga que não desejam continuar participando da pesquisa, esta autorização será anulada, não alterando a continuidade de seu tratamento.

São Paulo,

Ass. \_\_\_\_\_

Celina Daspett

R.G. \_\_\_\_\_

Psicóloga – CRP 06/396272  
Tel. (011) 9112-2021

---

<sup>2</sup> Após o exame de Qualificação, por sugestão da Banca Examinadora e com anuência do Comitê de Ética em Pesquisa da PUC/SP, o título do estudo foi modificado para “Um estranho entre nós: a repercussão do diagnóstico de HIV/Aids na trajetória de casais heterossexuais soroconcordantes.