



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
PSICOLOGIA - MESTRADO**



GLÁUCIA HELENA FERREIRA DAVID

**A CONSTITUIÇÃO DO SUJEITO SOROPOSITIVO E SEUS TRAJETOS DE
(DES) AMOR.**

Orientadora: Juliana Perucchi

JUIZ DE FORA

2017



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
PSICOLOGIA - MESTRADO**



GLÁUCIA HELENA FERREIRA DAVID

**A CONSTITUIÇÃO DO SUJEITO SOROPositIVO E SEUS TRAJETOS DE
(DES) AMOR.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia - Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF por Gláucia Helena Ferreira David como requisito parcial para obtenção do título de mestre.

Orientadora: Profa. Dra. Juliana Perucchi

JUIZ DE FORA

2017

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

David, Glaucia Helena Ferreira.

A constituição do sujeito soropositivo e seus trajetos de (des)amor / Glaucia Helena Ferreira David. -- 2017.
251 f.

Orientadora: Juliana Perucchi

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Instituto de Ciências Humanas. Programa de Pós Graduação em Psicologia, 2017.

1. Sujeitos soropositivos . 2. Trajetórias amorosas e sexuais. 3. Aids. 4. HIV. 5. Discurso . I. Perucchi, Juliana , orient. II. Título.

TERMO DE APROVAÇÃO

GLÁUCIA HELENA FERREIRA DAVID

Dissertação defendida e aprovada, em 20 de fevereiro de 2017, pela banca constituída por:

Profa. Dra. Andréia Ramos

Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF)

Profa. Dra. Ivia Maksud

Fundação Osvaldo Cruz (Fiocruz)

Orientadora: Profa. Dra. Juliana Perucchi

Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF)

JUIZ DE FORA

2017

“Não me interessa o que você faz pra viver. Quero saber o que você deseja ardentemente, e se você se atreve a sonhar em encontrar os desejos do seu coração.

Não me interessa quantos anos você tem. Quero saber se você se arriscaria parecer que é um tolo por amor, por seus sonhos, pela aventura de estar vivo. Não me interessa que planetas estão em quadratura com a sua lua. Quero saber se você tocou o centro de sua própria tristeza, se você se tornou mais aberto por causa das traições da vida, ou se tornou murcho e fechado por medo das futuras mágoas.

Quero saber se você pode sentar-se com a dor, minha ou sua, sem se mexer para escondê-la, tentar diminuí-la ou tratá-la. Quero saber se você pode conviver com a alegria, minha ou sua, se você pode dançar loucamente e deixar que o êxtase tome conta de você dos pés à cabeça, sem a cautela de ser cuidadoso, de ser realista ou de lembrar das limitações de ser humano.

Não me interessa se a história que você está contando é verdadeira. Quero saber se você pode desapontar alguém para ser verdadeiro consigo mesmo.

Não me interessa onde ou o que ou com quem você estudou. Quero saber o que o segura por dentro quando tudo o mais fracassa. Quero saber se você pode ficar só consigo mesmo e se você verdadeiramente gosta da companhia que tem nos momentos vazios.”

(Poema manifesto - O convite - Oriah Mountain Dreamer, 1999)

AGRADECIMENTOS

A empreitada da pesquisa acadêmica, em especial a de mestrado, não é nada fácil considerando o investimento de tempo que se faz e as inúmeras demandas da vida que nos vemos obrigados a deixar de lado, por esses dois anos. Esperar filho crescer e ter discernimento para entender esse investimento como algo necessário, foi uma escolha importante. No entanto, o tempo distante da vida acadêmica trouxe inúmeros desafios. Para quem está há anos na prática, com uma trajetória já consolidada, o momento escolhido, que para muitos pareceu inoportuno e estranho em suas motivações, me tirou de minha zona de conforto e trouxe muitas indagações, não só de ordem acadêmica, mas também pessoal e profissional. Desta forma, não encerro esse processo sendo a mesma que o iniciou. Vários sentidos foram problematizados, pensados, refletidos e vividos, todos com muita intensidade afetiva. Quando se deixa de lado tempo de convivência com o filho ainda criança, com família e amigos, para algo de natureza ainda obscura que a arrebatou pela ideia única de escrever sobre invisibilidades que percebe em sua prática profissional, ampliar horizontes teóricos, crescer, desenvolver e viver novos desafios, o investimento tem que valer a pena ou o “gozo” em uma linguagem lacaniana. Desta forma, esses agradecimentos não fazem sentido sem esclarecer ainda que rapidamente, o que essa escolha representou para mim nesse momento de minha vida, como trabalhadora da saúde pública, dona de casa e mãe.

Agradeço primeiramente, então, ao João, filho mais que companheiro, pela sua sensibilidade e inteligência, tendo compreendido através das faltas que lhe fiz na convivência cotidiana, o quão importante era esse movimento de vida para nós. Dedico primeiramente a você, para que saiba que todo trabalho tem seus frutos e que na vida é sempre preciso lutar.

Aos meus pais, que me oferecem sempre apoio incondicional e me garantem a rede para meus vôos. Tenho sempre a certeza que vocês estarão presentes para me amparar. Aos meus irmãos, Ju, Sérgio e Nando, por serem meus anjos da guarda, a quem sempre peço socorro e sou imediatamente atendida. À Ju, em especial, pela revisão ortográfica dessa dissertação.

Ao Paulo, meu amor, que me trouxe alento e a crença de que sempre é possível recomençar. Sua presença me fortaleceu e trouxe coragem para desconstruir o cômodo e o certo e buscar por novas possibilidades e desafios.

A todas as pessoas que venho escutando no decorrer desses anos. Muito tenho aprendido com suas histórias. Os inúmeros preconceitos que os rondam me fizeram desejar a denúncia e me mobilizaram, instigando um grande desejo de provocar, fazer pensar, resistir e mudar. Agradeço imensamente a confiança em mim depositada. A cada relato com fins de pesquisa, ou a cada atendimento anteriormente realizado era eu quem saía mais rica, mais poderosa, mais expandida, contrariando a pretensão de terapeutas que consideram que suas práticas reproduzem uma relação de saber/poder onde alguém ajuda e outro é ajudado, na minha prática, sempre fui eu a grande beneficiada. Aos meus (minhas) queridos (as) Príncipe, Beija-flor, Peixinho e Paixão, relatores da coragem. Que esta sempre alimente suas vidas. Obrigada por compartilhá-la comigo.

Agradeço também, com grande ênfase, às palavras que, logo antes de me inscrever para o processo seletivo, pude escutar. Palavras que pretendiam minar minha força, vindas de quem não acreditava ser possível conciliar tempo de prática profissional e vida acadêmica e que me garantiram que eu não teria chance. Palavras que também me questionaram: para que isso agora? Vai ganhar mais? Qual o seu interesse? A essas pessoas eu agradeço. Seu descrédito me estimulou ainda mais, ganhei força com ele e pude responder a mim mesma com orgulho: sim, conseguirei. E não... Não ganharei mais, mas tenho desejos de vida que me impulsionam para frente e me fazem movimentar diante da comodidade cotidiana. Foi também na falta que ganhei força.

Nesse sentido, agradeço também à minha orientadora, Juliana Perucchi, que me acolheu sem preconceitos no núcleo de pesquisas PPS e a todos os seus integrantes, que me receberam com um carinho encorajador. Ao Júnior, por ter aberto as primeiras portas para esse contato, sendo sempre extremamente disponível. Ao Aldo, querido amigo, por ter escutado os primeiros “choramingos”, acolhido as primeiras inseguranças e discutido as primeiras ideias de projeto.

Juliana é um capítulo à parte nessa história e merece um agradecimento especial. Primeiramente senti-me bastante motivada e inspirada pela forma como lida com o conhecimento: uma maneira apaixonada e única, que me deixou maravilhada e me provocou um desejo de estudar cada vez mais. Em um segundo momento, veio a exigência, a que também devo agradecer, porque não me deixou acomodar, me instigou e buscou extrair de mim resultados melhores. Não foi fácil, Ju. Você me provocou sentimentos dúbios nesse tempo, que trouxeram, no entanto, muita riqueza, ampliaram muitos horizontes, me fizeram ainda mais questionadora da ordem social. Obrigada por me conduzir pelo caminho do conhecimento politicamente engajado e eticamente comprometido. Foi o fogo na lenha que eu precisava. E obrigada por acreditar em mim em todo o tempo, por não ter duvidado e não ter tido nenhum resíduo de preconceito, dúvida ou hesitação quanto a minha trajetória até então distanciada da vida acadêmica.

Agradeço aos meus apoiadores iniciais, colegas de trabalho e que dividem comigo as reflexões, dúvidas e indignações cotidianas. Em especial agradeço à querida amiga Eugênia, pela companhia quase diária e pelo olhar cúmplice de quem já me conhece. Ao Jefferson, pelo seu frescor, dinamismo e afeto, sempre se propondo a construir comigo.

À Kátia, pela cumplicidade, energia e apoio constante. Sua presença sempre ilumina. À Coordenação do SAE, e à subsecretaria de Vigilância em Saúde, representados respectivamente por Osvaldo, Angra e Rodrigo por autorizarem minha licença parcial e me apoiarem nesse empreendimento.

Aos meus colegas de percurso e de turma: o que seria de mim sem vocês? Às Mairas, pelas inúmeras trocas e ajudas. Maira Knupp, pelo apoio encontrado nas primeiras incursões ao mestrado e por tantas inseguranças compartilhadas. Ao meu “pé de coelho” super especial, que me trouxe amparo, alento e sempre funcionou como uma torcida: Maira Souza – seu afeto e sua amizade, que atravessou gerações, foram fundamentais. Encontrei em você encorajamento, torcida, ombro amigo para momentos de quase desistência e incontáveis trocas afetivas, políticas e acadêmicas. Você é uma grande mulher. Obrigada por compartilhar comigo tantas experiências.

Gratidão à disponibilidade de Ivia e Andréia que prontamente aceitaram o convite para a participação da banca de qualificação e contribuíram com sugestões valiosas, atentas e comprometidas com a pesquisa. Agradeço ainda, o carinho e o afeto presentes em suas participações ao considerarem minha pesquisa, que me encheram de alegria por ter uma banca não só competente, mas composta por pessoas sensíveis, a quem tanto admiro.

Nesse período encontrei novos e bons amigos e estabeleci grandes parcerias. A você, Brune, obrigada pelo acolhimento de sempre, pela ajuda e disponibilidade constantes, por se fazer sempre presente e por mostrar que resistir é possível também com leveza e doçura. Agradeço pelas dicas, conselhos, ideias e pela possibilidade de um caminho de trabalho ao meu lado bastante promissor.

À ajuda carinhosa, amiga, experiente e acolhedora da Maria (Mary). Foi fundamental tê-la em um momento em que as ideias ainda necessitavam de um contorno e careciam de discussões. Admiração e carinho são os sentimentos que tenho por você ao longo desses anos que nos conhecemos.

Obrigada Monique pelo apoio constante, por estar sempre por perto e atenta, sábia e consciente de que um empreendimento de uma mãe não é fácil. Agradeço pelo carinho oferecido ao João, pelos dias de lazer, prazer e alegria a ele proporcionados. Por buscar compensar a ele a minha falta e de oferecer alternativas nos dias em que eu precisava me dedicar aos estudos. Obrigada pelas conversas incontáveis, pelo ombro e colo gigantes e por não julgar, apenas aceitar e valorizar meu movimento.

Gratidão a todas as mulheres que fazem parte de minha vida, que lutam cotidianamente com suas famílias, sua prole, seu trabalho, seus amores e por seus espaços de maneira única e sensível, abraçando inúmeras demandas. Pessoas que não fizeram parte desse momento específico, mas que marcam minha existência pela sua coragem e força. Carinho e admiração. Influenciaram minha existência.

RESUMO

Refletir acerca das trajetórias amorosas e sexuais de pessoas soropositivas constitui o objeto principal dessa dissertação. Esta é caracterizada por dois momentos distintos de contato com os participantes. No primeiro momento foi realizado um mapeamento, através da utilização de entrevistas estruturadas, com auxílio do diário de campo, onde foi possível contatar um número maior de participantes, para um olhar mais amplo acerca das principais estratégias utilizadas por essas pessoas para vivenciarem o amor e o sexo a partir da descoberta do diagnóstico positivo para HIV. Na segunda etapa da pesquisa buscou-se uma reflexão mais profunda, com atenção às subjetividades, através de entrevistas em profundidade para história de vida. Foram realizadas quatro entrevistas, com indivíduos de diferentes gêneros, orientação sexual e geração. As narrativas produzidas pelos indivíduos entrevistados nos dois momentos da pesquisa nos indicaram a relevância de uma problematização no contexto da saúde pública, dos discursos que constituem os sujeitos soropositivos e atravessam suas vidas conformando subjetividades, ideais regulatórios, disciplinares e biopolíticos típicos da sociedade moderna ocidental. Nesse sentido, à luz da análise foucauldiana do discurso, é que propomos visibilizar esses sujeitos, impedidos em seus direitos, pela imbricada rede discursiva constituída por relações de saber/poder de forma complexa e multifacetada. Analisando os discursos da aids, do risco, do amor romântico e o desafio relacionado à revelação do diagnóstico positivo para HIV, que emergiram nos diversos relatos, foi possível perceber as inúmeras exclusões, demarcações e impossibilidades geradas por esses discursos. Apoiando-nos nas teorias feministas, buscamos localizar possibilidades de subversão à norma, como forma de resistência e enfrentamento, privilegiando os relatos de nossos interlocutores, como uma provocação construída por inúmeras vozes.

Palavras chave: sujeitos soropositivos, trajetórias amorosas e sexuais, aids, HIV, discurso.

ABSTRACT

This dissertation aims to reflect about the amorous and sexual trajectories of positive HIV people. This research is characterized by two different periods of contact with participants. The first time, we conducted a mapping, using of structured interviews, with the help of field journal, where it was possible to contact a larger number of participants. It was important for a wider view on the main strategies used by these people to experience the love and sex from the discovery of the positive diagnosis for HIV. In the second stage of the research, we sought a deeper reflection, with attention to subjectivity, through in-depth interviews for life story. Four interviews were conducted with people of different genders, sexual orientation and generation. The narratives produced by individuals interviewed in two moments of research have shown us the importance of a questioning in the context of public health, the discourses that make subjects positions and go through their lives conforming subjectivities, regulatory ideals, disciplinary and biopolitical of modern Western society. Accordingly, in basis of the discourse analysis from Foucault, we propose highlight this subjects, hindered in their rights, by discursive network consisting of relations of know/power so complex and multifaceted. We analyze the discourses of aids, of risk, of romantic love and of the challenge related to the revelation of the positive diagnosis for HIV, which emerged in the various interviews. It was possible to realize the many exclusions, demarcations and impossibilities generated by these discourses. Supporting on the feminist theories, we seek to find possibilities of subversion of the standard, as a form of resistance and confrontation, privileging the Stories of our interlocutors, as a provocation built by many voices.

Keywords: HIV positive subjects, amorous and sexual trajectories, HIV, discourse.

SUMÁRIO:

Lista de siglas e abreviaturas.....	12
Lista de Tabelas.....	13
Lista de Figuras.....	14
INTRODUÇÃO.....	15
A PESQUISA: SUA TECITURA E CONFIGURAÇÃO.....	24
1. OS CONTEXTOS QUE CONSTITUEM OS SUJEITOS SOROPositIVOS.....	27
1.1.O dispositivo da aids.....	27
1.2.A realidade local.....	33
1.3.Aparatos tecnológicos e medicamentosos.....	36
1.4. Abordagens teóricas sobre o amor, o sexo e as pessoas soropositivas.....	44
2. DA INQUIETAÇÃO INDIVIDUAL AO MÉTODO.....	55
2.1. Análise do discurso: afinidades entre método e questão de pesquisa.	55
2.2. Reflexões éticas e políticas.....	58
2.3. A utilização do mapeamento como instrumento de investigação.....	64
2.4. Trabalhando com histórias de vida.....	68
3. A TEIA DISCURSIVA NOS (DES) ARRANJOS AMOROSOS E SEXUAIS.....	74
3.1.O risco.....	74
3.2.A moralidade, o segredo e a revelação.....	83
3.3 O amor.....	95
3.4 O sexo.....	101
4. UM OLHAR AMPLIADO: O MAPEAMENTO E AS VÁRIAS FACES DO (DES) AMOR.....	107
4.1. O perfil dos participantes.....	107
4.2. Pessoas em relações estáveis.....	119
4.3.A vida em abstinência.....	136
4.4. Pessoas vivendo com relações eventuais.....	143
5. UM OLHAR MAIS PROFUNDO: QUATRO HISTÓRIAS DE VIDA E OS SUJEITOS DE CADA HISTÓRIA.....	146
5.1.Ensaio de uma <i>Beija-flor</i>	148
5.2. <i>Paixão</i> : o desejo que o lugar de abjeção amplia.....	172
5.3. Entre o <i>Príncipe</i> e o <i>Vampiro</i> : a inauguração de uma nova posição de sujeito a partir do	

HIV.....	192
5.4. <i>Peixinho</i> : a beleza que traduz o perigo.....	211
Reflexões finais.....	227
Referências Bibliográficas.....	233
Apêndices.....	000
TCLE – termo de consentimento livre e esclarecido.....	000
Entrevista para mapeamento.....	000
Entrevista para história de vida.....	000
Anexos.....	000
Parecer consubstanciado do comitê de ética em pesquisa.....	000

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS:

AIDS- Síndrome Da Imunodeficiência Adquirida

ARV – Antirretroviral

AZT – Zidovudina

CDC – Center Of Disease Control And Prevension – Usa Government

CD4 – Células De Defesa Número Quatro

CV – Carga Viral.

DDI – Didanozina

DST/AIDS – Doenças Sexualmente Transmissíveis E Aids.

EACS - European Aids Clinical Society

HIV- Vírus Da Imunodeficiência Humana.

HVTN - HIV Vaccine Trials Network

PEP – Prevenção Pós-Exposição Sexual.

PREP – Prevenção Pré-Exposição Sexual.

PVA – Pessoas Vivendo Com Aids.

SAE – Serviço De Assistência Especializada.

SICLOM - Sistema Integrado De Controle Logístico De Medicamentos.

TASP – Treatment As Prevention – Tratamento Como Prevenção.

TNT – Test And Treat.

TARV – Terapia Antirretroviral

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Gestantes que foram acompanhadas com medicação para redução da transmissão vertical.....	35
Tabela 2: O gênero dos participantes.....	109
Tabela 3: A idade dos participantes.....	110
Tabela 4: A raça.....	111
Tabela 5: A escolaridade dos informantes.....	112
Tabela 6: A orientação sexual.....	113
Tabela 7: O tempo de convivência com o HIV.....	114
Tabela 8: Encontra-se em relacionamento amoroso/sexual estável?.....	119
Tabela 9: Encontra-se em relacionamento amoroso/sexual estável? Gênero: Tabulação cruzada.....	120
Tabela 10: Encontra-se em relacionamento amoroso/sexual estável? Idade do Participante: Tabulação Cruzada.....	120
Tabela 11: Casais sorodiferentes: O (a) parceiro (a) apresenta diagnóstico positivo para HIV?.....	122
Tabela 12: Têm vida sexual ativa?.....	123
Tabela 13: O segredo em parcerias estáveis e sorodiferentes: Se o (a) parceiro (a) é soronegativo (a), ele (a) conhece seu diagnóstico?.....	127
Tabela 14: Mantém relações sexuais eventuais? Encontra-se em relacionamento amoroso/sexual estável? Tabulação cruzada.....	136
Tabela 15: Os protagonistas das histórias de vida.....	147

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Metas 90-90-90 para o Brasil em 2015.....	35
Figura 2: A cascata brasileira de cuidados.....	43
Figura 3: O gênero dos participantes.....	109
Figura 4: A idade dos entrevistados.....	110
Figura 5: A raça.....	111
Figura 6: A escolaridade dos informantes.....	112
Figura 7: A orientação sexual.....	113
Figura 8: O tempo de convivência com o HIV.....	114
Figura 9: As possibilidades encontradas para se viver o amor e o sexo.....	118
Figura 10: Impasses que emergiram no campo, na ocasião do mapeamento, em relações sorodiferentes.....	118
Figura 11: Encontra-se em relacionamento amoroso/sexual estável?.....	119
Figura 12: Encontra-se em relacionamento amoroso/sexual estável? Gênero: Tabulação cruzada.....	120
Figura 13: Encontra-se em relacionamento amoroso/sexual estável? Idade do Participante: Tabulação Cruzada.....	121
Figura 14: Casais sorodiferentes: O (a) parceiro (a) apresenta diagnóstico positivo para HIV?.....	122
Figura 15: Têm vida sexual ativa?.....	123
Figura 16: O segredo em parcerias estáveis e sorodiferentes: Se o (a) parceiro (a) é soronegativo (a), ele (a) conhece seu diagnóstico?.....	127
Figura 17: Mantém relações sexuais eventuais? Encontra-se em relacionamento amoroso/sexual estável? Tabulação cruzada.....	147

INTRODUÇÃO:

Falar do amor e da sexualidade de pessoas soropositivas, considerando a complexa teia discursiva que atravessa suas vidas, não é tarefa simples. Mas a questão que dá vida à presente pesquisa já havia emergido antes mesmo da possibilidade de me pensar como pesquisadora e ter a pretensão de transformá-la em trabalho científico. Esta foi concebida, cresceu, ganhou força a partir da escuta na atuação como psicóloga no Serviço de Assistência Especializada – SAE. Desta forma, o objeto de pesquisa apresenta uma característica polifônica¹ por pretender ser o portador de inúmeras vozes, não só as que fazem parte de um recorte de construção da pesquisa, mas de todas aquelas que de maneira tímida já diziam de si, de seus desejos e de seus impasses. Esse trabalho intenta primeiramente então, responder a essas vozes silenciadas, que elas podem dizer de si e transformar a temática já “enxovalhada” do amor em uma problematização onde a pauta passa a ser o direito, a partir da reflexão crítica: quais as posições que o sujeito soropositivo tem ocupado nos diferentes e múltiplos arranjos amorosos possíveis de serem experienciados em variados contextos sociais.

Assim, a pesquisa foi construída cercada de afetividades, que deram direção para minha trajetória nos últimos anos e que não se encerrará com o término da dissertação. Seu começo foi sem uma estrutura prévia ou ritual de iniciação. Eu simplesmente escutava as histórias que a mim chegavam e passei a refletir sobre elas, os discursos que as atravessavam, as (im) possibilidades que eram criadas. Assim, os diversos discursos do amor, da aids, do risco e a condição de impasse em que se encontra a questão da revelação começaram a se apresentar

¹O conceito de polifonia segundo Roman (1992) é trabalhado por Mikhail Bakhtin quando é percebida a existência de vários textos inseridos em apenas um. Isso acontece quando o autor encontra-se em um contexto que já apresenta de antemão textos anteriores que lhe servem de referência e inspiração. A polifonia também pode ser considerada como um conjunto de enunciados heterogêneos. Bakhtin usa o conceito para dizer de um modelo de escrita que contrapõe ao monofônico. Desta forma, a escrita polifônica é aquela em que cada personagem apresenta uma forma de ver a vida diferente, com distintas vozes e posições no mundo.

como retalhos de uma complexa colcha que deveria iniciar sua costura a partir da concepção de uma pesquisa científica.

E foi pensando sobre o amor e seu discurso que o trabalho de tecitura² teve seu primeiro impulso. Isso porque muito se tem falado e já se falou sobre ele. Tem sido inspiração para poetas, centro de tramas para filmes, romances, novelas. É cantado, recitado, representado, mostrado em imagens, fotografado. Aparece na expressão dos artistas e reflexão dos intelectuais. Está em todos os polos e vertentes. Desde grandes obras literárias até páginas de revistas femininas. Nas análises mais profundas de pensadores e filósofos, até nas abordagens mais superficiais dos meios de comunicação de massa, que o têm como condição primeira na construção de seus enredos e tramas para atrair o grande público. Em uma sociedade cada vez mais complexa, que nos mantém afastados da consciência crítica acerca do que cria nossas necessidades, onde as demandas aparecem de forma fugaz e constante, na qual as coisas surgem e desaparecem, manifestam-se e somem (Arendt, 2001), o amor aparece como uma tentativa de oferecer um contorno, uma saída, um sentido para a existência. Ele passa a povoar o imaginário de nossa cultura e se apresenta como um dos principais valores e anseios da humanidade. As formas de expressão culturais o colocam como saída, mas problematizam superficialmente as eternas questões humanas e o oferecem como uma ilusão para a solução desses impasses. O amor se tornou um valor, um ideal a ser alcançado quase que por unanimidade pelo homem moderno (Costa, 2000).

Neste sentido, o ideal do amor romântico, como relação apaixonada, única, estável, amorosa e permanente, com todas as regras socialmente estabelecidas, como a fidelidade, o compromisso, a convivência partilhada, faz com que os que não se encaixam nesse padrão, sintam-se frustrados, incompetentes, fracassados (Costa, 2000), apresentando-se como um discurso altamente excludente. E é assim, na atenção a pessoas soropositivas, que temos

² O termo tecitura é aqui utilizado como metáfora, dizendo respeito ao processo de organização, análise e escrita da pesquisa.

constatado o quanto a (re) construção de parcerias amorosas tem sido difícil, impactando de forma contundente a vida desses indivíduos. É neste contexto que se insere a presente investigação, na contradição que se cria entre desejo de amor e o medo da rejeição por conta dos preconceitos ainda muito disseminados acerca do HIV (vírus da imunodeficiência humana). Nessa mesma direção, Leite (2013) reflete sobre o discurso do amor romântico que emerge em seu estudo. Ela salienta que muitos jovens aprendem que os amores que precisam sentir são os históricos ou lendários, percebendo o amor como algo grandioso, mágico e que atravessa o tempo e o espaço com a força de um bem quase inumano. As pessoas que entrevistou reconheciam no que sentiam o heroísmo de enredos amorosos típicos, acreditando que o amor não é um meio, mas a condição para serem felizes. Mediante esse raciocínio, emergem, segundo ela, os excluídos do amor-paixão-romântico, percebidos por sua própria ótica como infelizes. Logo, para Leite (2013) é dessa forma que muitas pessoas soropositivas se sentem quando se percebem com o HIV em seus relacionamentos ou infectadas e sós.

A campanha veiculada no início da década de 90, relacionando aids com morte, em um discurso sobre o amor permeado de medo, vem ilustrar a reflexão que pretendemos realizar com essa pesquisa: *“Não morra de amor. AIDS mata. O amor não mata. Quem vê cara não vê AIDS. Se você não se cuidar, A AIDS vai te pegar”*. Rodrigues e Perucchi (2015) fazem a análise das formações discursivas de diversas campanhas lançadas pelo Ministério da Saúde no Brasil e veiculadas pela mídia com fins de prevenção. As autoras analisam tais campanhas como dispositivos de produção de verdades no âmbito da saúde, instituindo posições de sujeito e revelando jogos de poder, concebendo o discurso não como algo abstrato, mas em sua materialidade. Com esse enfoque, a formação discursiva presente na campanha acima, articula a aids a dois sentidos independentes: morte e amor, que segundo Costa (2014) transmitem uma mensagem dúbia, contraditória, permeada por preconceitos, típica das campanhas da época, que evocavam a morte com grande frequência. Alicerçadas

por esses estudos, foi possível ponderar acerca da associação primeiramente do amor soropositivo à morte e posteriormente, com risco e perigo.

Assim, durante anos, foram propagadas ideias distorcidas sobre o HIV (vírus da imunodeficiência humana). Inicialmente falava-se muito mais dos portadores do que no vírus, sendo os mesmos identificados como um grupo de seres humanos “diferentes”, “anormais”, que fogem aos códigos coletivos, estabelecendo padrões próprios de busca de prazer ou vivendo formas de relacionamento diferentes das consagradas pela maioria moral (Paiva, 1992). Uma “doença”³ na qual sua principal forma de transmissão tem sido ainda a via sexual, deixando mais vulneráveis aqueles que são sexualmente ativos e tornando, através da repressão sexual, mais fácil encará-la como castigo. Quando um indivíduo contrai uma doença através da prática sexual, a infecção parece depender de sua vontade, implicando, aí, em maior culpabilidade. Muitas vezes, utiliza-se das doenças sexualmente transmissíveis para apresentá-las como castigo imposto não apenas a um indivíduo, mas também a um grupo, identificando-o como transgressor (Sontag, 1989).

As metáforas que emergem em torno do HIV/ aids⁴ servem ainda mais para fortificar e legitimar essa crença. Nelas estão incluídas a aids⁵ vista como morte, como horror, como

³O termo “doença” foi colocado aqui entre aspas por estar, nesse contexto, se referindo às demais DSTs. Não utilizaríamos esse termo para nos referir exclusivamente ao HIV.

⁴De acordo com Parker (2014), ter o HIV não é a mesma coisa que ter a aids. Há muitos soropositivos que vivem anos sem apresentar sintomas. Mas podem transmitir o vírus a outros pelas relações sexuais desprotegidas, pelo compartilhamento de seringas contaminadas ou de mãe para filho durante a gravidez e a amamentação. A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, como também é chamada, é causada pelo vírus HIV. Ele ataca as células de defesa do organismo que fica vulnerável a inúmeras doenças, que podem se configurar desde um resfriado àquelas mais graves. HIV é a sigla em inglês do vírus da imunodeficiência humana. Causador da aids, ataca o sistema imunológico. As células mais atingidas são os linfócitos T CD4+. E é alterando o DNA dessa célula que o HIV faz cópias de si mesmo. Depois de se multiplicar, rompe os linfócitos em busca de outros para dar prosseguimento ao processo de infecção (Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais). No entanto, na presente pesquisa, utilizamos os dois conceitos de maneira mais fluida, pois desejamos considerá-los em relação ao impacto social que eles geram, que apresenta uma fronteira pouco demarcada e reconhecida entre esses dois conceitos.

⁵A grafia da aids em letras minúsculas é encontrada em apenas 2% dos estudos e pode ser descrita dessa forma, por se tratar de nome de uma “doença”, considerado como um substantivo comum. A Aids é descrita, ainda, em 78% dos estudos com primeira letra maiúscula, condizente com a escrita das siglas com quatro ou mais letras. Em 20% dos estudos, encontra-se com todas as letras maiúsculas, por ser uma sigla, apesar de conter quatro letras (Neves, 2003). Aqui, optamos, por colocá-la em minúscula, em uma postura crítica, a fim de desconstruir todo o mito criado em torno dessa síndrome, que ainda causa tanto assombro.

crime, como punição e, talvez, mais que tudo, como o “outro” no qual é vista como algo que aflige aos outros e não ao próprio indivíduo (Parker & Aggleton, 2003). Assim, por quase quatro décadas, a aids vem sendo considerada pela sociedade como “doença do outro”, trazendo, muitas vezes, como consequência da negação, o risco como possibilidade para si. Há no HIV/aids, uma epidemia de respostas sociais, culturais, econômicas e políticas – reações adversas que se concretizaram e caracterizaram, principalmente, por altos níveis de discriminação e, por vezes, negação coletiva.

Por outro lado, muito já se avançou em termos de tratamento. Atualmente, as pessoas soropositivas podem viver organicamente muito bem. Com a terapia antirretroviral⁶, aquelas aderidas ao tratamento, conseguem alcançar níveis muito baixos de (CV) carga viral⁷ em seu organismo, que chega a ficar indetectável nos exames. E muitos são os indivíduos vivendo há anos com CV indetectável⁸ em seus exames e com imunidade bastante eficaz. Em estudo recente, um ensaio clínico randomizado, demonstrou que a terapia antirretroviral reduz a transmissão sexual do HIV em casais sorodiferentes por mais de 96% (Cohen, Maccauley & Gamble, 2014). Com base nesse argumento, a política do Tratamento como Prevenção (TASP, da sigla em inglês *Treatment as Prevention*), oferece a todos os pacientes a possibilidade de iniciar o tratamento logo após a confirmação do diagnóstico (Parker, 2014).

Esses avanços, já amplamente discutidos nos âmbitos científicos e profissionais da área da saúde, ainda não chegaram amplamente ao senso comum, que permanece pautado em crenças cristalizadas desde o início da epidemia. Na contramão do pensamento coletivo de senso comum, o que percebo em minha prática profissional é que os portadores do vírus

⁶Antirretroviral (ARV) é a terapia combinada de medicamentos utilizada para reduzir carga viral e aumentar imunidade em pessoas soropositivas (Calderon, 2011). Eles surgiram na década de 1980, como obstáculo à multiplicação do vírus, não matando o HIV, mas diminuindo significativamente sua presença no organismo. Desde 1996, o Brasil tem distribuído de forma gratuita esses medicamentos para todos com prescrição para tratar-se. De acordo com dados de 2012, 313 mil pessoas recebem os ARVs. Hoje, existem 21 medicamentos divididos em cinco tipos (Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais).

⁷Carga viral é a quantidade de vírus encontrada nos exames de rotina para controle de pessoas soropositivas. O exame de carga viral mostra o número de cópias do HIV por mililitro de sangue (Calderon, 2011).

⁸ Níveis tão pequenos de vírus por mililitro de sangue que não chegam a ser percebidos nos exames.

agora vivem com qualidade, têm saúde e a possibilidade de fazerem planos para o futuro, trabalhar e realizar atividades de lazer. Com os avanços medicamentosos e tecnológicos, tais pessoas passaram a ter preocupações de vida e não de adoecimento e de morte. Com isso, desejam retomar sua vida amorosa e sexual com parcerias estáveis que lhes passa a exigir, por uma questão ética, a revelação ao outro de seu diagnóstico.

Entre as possibilidades antagônicas do amor ou do rechaço encontram-se pessoas, com seus desejos, aspirações e o preconceito, que as deixam em uma posição de grande desvantagem para a construção da relação amorosa livre de ideais e julgamentos morais, medos e fantasmas. Inseridos na sociedade que ainda os marginaliza e discrimina, permanecem no silêncio, às escondidas. Neste sentido, um grande desafio para estas pessoas passa a ser a decisão acerca de revelar (ou não) sua condição sorológica.

O desejo de se ter uma parceria amorosa ou as dificuldades na vida amorosa e sexual têm sido temas constantes na minha prática de atendimento, aparecendo nas falas quase que por unanimidade. No Programa Municipal de DST/AIDS de Juiz de Fora, 49 pessoas atendidas pela psicologia do Serviço de Assistência Especializada – SAE apresentaram questões relativas a essas dificuldades no ano de 2014. Algumas com dificuldades em revelar o diagnóstico a seus parceiros, outras em estabelecer novas relações, outras tantas vivem em segredo em suas parcerias e as demais, optaram pelo sexo eventual. Nesse sentido, Bessa e Terto Jr.(2001) afirmam que o medo da rejeição, a dúvida da revelação da soropositividade ao parceiro e a insegurança quanto a sua reação levam, muitas vezes, a uma fuga dos relacionamentos afetivos como forma de evitar uma possível situação de abandono. Acreditamos, dessa forma, que tais conflitos invisibilizados pelos estudos e pesquisas, ferem a dignidade e os direitos dessas pessoas, que “guardadas em seus armários” não encontram muitas possibilidades de resistência/agência que possam transformar esse panorama.

Com esse enfoque, esta pesquisa intenta apresentar a relevância desse problema que se ancora no limiar da ética e dos direitos sexuais e que relega os sujeitos aos seus esconderijos privados - seus “armários soropositivos” - impossibilitando-os de (re) construir suas vidas amorosas, fazendo-os reconstruí-las em segredo ou submetendo-os a uma série de conflitos e impasses, julgamentos e rejeições. A intenção é, portanto, fazer um mergulho reflexivo nas experiências amorosas e sexuais das pessoas soropositivas.

Outro aspecto a ser considerado diz respeito aos estudos e pesquisas. Mesmo com todo o impacto na vida das pessoas, os estudos relativos ao amor e sexo soropositivo ainda pouco problematizam essa questão, parecendo estar restritos à prevenção da transmissão do vírus, através de abordagens mais pragmáticas. Para Maksud (2009) o tema por sua possibilidade potencial de transmissão, acentua a tendência a enfatizar as óticas da medicina e da saúde pública, voltadas para a noção de risco. Isso, porque, segundo ela, no início da epidemia, os estudos sobre aids e sexualidade se constituíam interesse da medicina preventiva, e muitas vezes foram realizados por médicos e epidemiólogos, que se detinham sobre o comportamento e as práticas sexuais a partir da noção de risco no sentido epidemiológico. Nesses estudos, a sexualidade estava associada à dimensão comportamental. A vivência da sexualidade é um direito, mas o indivíduo soropositivo permanece ainda significado nos estudos e preocupações profissionais como o risco que representa ao outro, como bem cantou Cazuza (1988): *“O meu prazer agora é risco de vida.”*

Assim, a pauta permanece sendo a prevenção, abordando principalmente a negociação do uso de preservativo. Maksud (2009) cita Foucault (1988) e Loyola (1994) ao problematizar essa questão e apontar sua contradição, considerando que a sexualidade tem sido tema de uma forte produção acadêmica, mas não é trabalhada nessas investigações. Nelas, o foco principal diz respeito a não infecção dos sujeitos soronegativos e a sexualidade não se encontra como tema de interesse. Os riscos precisam ser discutidos, mas o sujeito com

sua vida limitada por esse desafio, também precisa ser olhado, compreendido em suas respostas e estratégias diante dessa tensão, buscando-se, com isso, compreender os movimentos possíveis de aproximação, afastamento, revelação e segredo frente as suas parcerias.

Na realidade do HIV, sexo e amor ainda continuam silenciados pelo preconceito e pela crença ainda existente de se tratar de uma questão de poucos. Como se as pessoas soropositivas não tivessem mais sexualidade e não fossem mais aptas ao amor e à vivência sexual no espaço de maior troca afetiva. A compreensão dos mecanismos utilizados pelas pessoas soropositivas para dar solução a esse impasse e conflito vitais, tem sido necessária, a fim de trazer à tona essa discussão, podendo proporcionar aos indivíduos possibilidades reais e plausíveis de enfrentamento desse desafio que se lhes apresenta.

Em síntese, consideramos como tendo sido o objetivo geral dessa dissertação: compreender as estratégias utilizadas pelas pessoas soropositivas para que possam vivenciar o amor e o sexo, investigando limites e possibilidades no exercício da sexualidade e da revelação do diagnóstico. A fim de alcançá-lo, têm-se os seguintes objetivos específicos:

1. Analisar o discurso acerca do HIV, vivenciado pelas pessoas soropositivas, considerando como são por ele atravessadas, percebendo a aids como dispositivo que constitui subjetividades no entrelaçamento dessa complexa rede de saber e poder.
2. Compreender as estratégias utilizadas pelos portadores do vírus HIV para o exercício amoroso e sexual.

Sendo assim, esta investigação se deu à luz da análise do discurso proposta por Michel Foucault, lançando mão de revisão de literatura sobre o tema e problematizando a partir dos referenciais feministas em psicologia social (Fine, 1994; Fine, M., Weis, L.,

Weseen, S. & Wong, L., 2006) e dos estudos consolidados sobre o tema (Maksud, 2007; Franch & Perrusi, 2009, 2012; Franch, Perrusi, Araújo & Silva, 2011; Silva & Perrusi, 2011; Amorim & Szapiro, 2008; Pinheiro, Calazans & Ayres, 2013; Paiva, Ayres, Segurado, Lacerda, Silva, Silva, Galano, Gutierrez, Marques, Negra& França Jr., 2011; Maksud, 2014; Nascimento, 2011).

A PESQUISA: SUA TECITURA E CONFIGURAÇÃO.

É preciso ressaltar a forma como essa dissertação foi construída. Muitas encruzilhadas se impuseram durante os percursos no campo e na escrita, assim como em sua organização. Frente à diversidade de caminhos possíveis, deparamo-nos com inúmeros impasses no trabalho de campo, nas análises, no processo de escrita e em sua forma de organização. O período de redação final foi um momento em que foram necessárias inúmeras escolhas, que provocaram dúvidas e permearam nosso caminho de incertezas. Mas foi na escrita que os contornos foram surgindo e a possibilidade em encontrar ordem no aparente caos. Assim, costurando os inúmeros retalhos, cada qual com seus bordados peculiares, foi possível visualizar a colcha, sua lógica e configuração. O próprio processo de escrita foi também momento de decisão em relação à organização dos dados e sua divisão temática.

Desta forma, a pesquisa foi dividida em cinco capítulos. No primeiro, a proposta é de discutir as principais reflexões teóricas que fundamentaram a questão de pesquisa. Dividimos em algumas categorias principais e fundantes do que denominamos como sujeito soropositivo, elencando o dispositivo da aids, os aparatos tecnológicos e medicamentosos que dão suporte à qualidade de vida alcançada atualmente e a realidade local com dados epidemiológicos do município e do ambulatório – local da pesquisa.

Caminhamos para o segundo capítulo, no qual a proposta é uma reflexão do método. Ressaltamos nesse momento as ferramentas utilizadas para produção dos dados, como a entrevista estruturada, objetivando o mapeamento das vivências amorosas e sexuais das pessoas soropositivas e a entrevista em profundidade em uma perspectiva da história oral na modalidade trajetória de vida. O diário de campo também foi utilizado a partir da observação participante, como instrumento adicional, fazendo frente aos obstáculos e surpresas encontradas em campo. Ainda no segundo capítulo, são discutidas as ferramentas de análise

propostas por Michel Foucault, a fim de consolidar o processo analítico do que foi produzido no campo.

No terceiro capítulo, consideramos o sujeito soropositivo, constituído por discursos, em sua dimensão relacional, discutindo então, as categorias risco, sexo, amor e os impasses que envolvem a dinâmica da revelação em relações erótico/amorosas. Dada a relevância dessas categorias, concebidas como importantes discursos, que emergiram de forma decisiva nas narrativas de nossos interlocutores, optamos por considerá-las em seus aspectos históricos e em suas concepções e problematizações contemporâneas, estabelecendo relação com os relatos em uma perspectiva analítica.

Já no quarto capítulo, é possível encontrar dados produzidos pelo primeiro instrumento de pesquisa, que chamamos de mapeamento. A intenção desse primeiro momento de produção de dados é estabelecer uma visão mais ampla do que vem sendo considerado como possível construir em termos de relações amorosas e sexuais das pessoas vivendo com HIV. A pretensão é de um primeiro contato com a questão de pesquisa e com os possíveis informantes, para que se tenha um entendimento inicial, embora de forma mais superficial, dos principais desafios e estratégias de resistência. Assim, construímos dados estatísticos que nos revelaram o perfil dos participantes e a forma como têm tido a experiência do amor em suas vidas.

Seguimos, então, para o quinto e último capítulo, no qual foi possível um olhar mais profundo para a questão, considerando também as peculiaridades e subjetividades de cada interlocutor da pesquisa. Foram feitas quatro entrevistas em profundidade e construídas quatro histórias de vida, com um direcionamento para o momento do diagnóstico e as construções amorosas desde então. Nessa parte do trabalho, esclarecemos quem é cada interlocutor e os identificamos com pseudônimos por eles escolhidos.

O momento de análise dessas entrevistas nos trouxe um novo impasse. Pensamos em duas maneiras de fazê-lo e optamos inicialmente por elencar as categorias que surgiram nas narrativas e fazer uma análise estabelecendo paralelos entre as quatro histórias. Iniciamos desta forma a redação da análise e percebemos que não conseguíamos transmitir a vida e a riqueza que existia em cada relato. Diante dessa constatação, mudamos o caminho que traçávamos para a escrita. Considerando o objeto dessa pesquisa e que partimos do pressuposto que o sujeito soropositivo fora constituído pelos discursos da aids, pensamos que ficaria mais adequado uma divisão por histórias. Isso porque acreditamos que essa forma de escrita pode proporcionar ao leitor uma proximidade maior com seus protagonistas e então, uma visão mais empática com a questão que problematizamos, tornando a escrita mais rica ao privilegiar um olhar atento para as peculiaridades e singularidades, denunciando as diferenças que causaram possibilidades desiguais para cada sujeito. Esperamos assim, através de nossa análise, conseguir transmitir o que tivemos o privilégio de escutar nessas quatro histórias e nos demais depoimentos durante as entrevistas de mapeamento.

1. OS CONTEXTOS QUE CONSTITUEM OS SUJEITOS SOROPositIVOS.

1.1. O dispositivo da aids.

A epidemia da aids possui uma história relativamente recente, de pouco mais de três décadas, trazendo consigo uma avassaladora construção ao mesmo tempo rica e contraditória, envolvendo múltiplas realidades e contextos, abraçando contradições (Freitas, 2003). Para contar essa história, pode-se optar por um olhar mais linear e contínuo, de caráter epidemiológico, utilizando-se de dados matemáticos para demonstrar os avanços da epidemia, populações que atingiu, buscando identificar aquelas mais vulneráveis. Pode-se também, optar por narrar os avanços tecnológicos e medicamentosos que foram acontecendo no seu decorrer. Ou decidir por analisar a epidemia sob uma perspectiva social, buscando entender, de que forma ela foi sendo produzida socialmente.

Este estudo intenta compreender as experiências soropositivas em relacionamentos amorosos e sexuais, desta forma, necessita primeiramente entender como esses vários caminhos da mesma história foram sendo traçados. Entender suas bifurcações, entroncamentos e interseções e como esses saberes foram sendo produzidos, influenciando-se mutuamente nessa intrincada rede de saber e poder, onde podemos localizar a atuação e as performances de diversos sujeitos e instituições. A história que consideramos importante identificar para ter o entendimento das experiências amorosas das pessoas soropositivas é a história descontínua⁹, marcada por rupturas e dispersões, construída por relações de poder e resistência, com a participação de diversos atores e múltiplas posições de sujeito.

⁹ Para Foucault (2014a), a herança histórica não é algo que se acumula e passa a adquirir um contorno sólido. Ela é composta por diversas falhas, fissuras e linhas heterogêneas. Desta forma, a pesquisa em sua perspectiva, não funda e sim, movimenta o que se encontrava paralisado.

Para se chegar à compreensão da constituição das subjetividades¹⁰ positivas para HIV é necessário percorrer esses vários caminhos, de perspectivas e olhares distintos, mas complementares. Buscar-se-á, então, transitar pela história epidemiológica, com seus dados estatísticos e traçar, em paralelo, os percursos construídos pelos saberes médicos no que diz respeito a avanços tecnológicos e medicamentosos para o tratamento e, por fim, será lançado também um olhar retrospectivo para o processo de produção do que hoje se entende como sujeito¹¹ soropositivo.

Desta forma, não cabe aqui, traçar um só caminho para se buscar a compreensão de algo tão complexo. A necessidade de entender a história de maneira mais ampliada a fim de se chegar às formas de subjetivação dos sujeitos soropositivos dá-se por se pensar a complexidade da aids e do HIV como dispositivo. Segundo Deleuze (1996), dispositivo é um “conjunto multilinear”, que possui linhas diversificadas, não envolvendo, desta forma, sistemas homogêneos. Seus objetos, enunciados e sujeitos podem atuar como vetores ou tensores. Desta maneira, o saber, o poder e a subjetividade não possuem contornos claros, mas podem ser considerados como cadeias. Para Foucault (2014b), um dispositivo é formado por discursos, instituições, organizações arquitetônicas, regulamentos, leis, enunciados da ciência, considerações da filosofia, preceitos de caráter filantrópico e moral, apresentando características bastante heterogêneas.

¹⁰ As formas como nos tornamos sujeitos, são chamados de modos de subjetivação, que aparecem e se desenvolvem historicamente (Cardoso, 2005).

¹¹ Em contraponto aos conceitos tradicionais, Foucault dá início às suas concepções de sujeito, traduzindo-o como algo ao mesmo tempo complexo e frágil, sobre o qual é muito necessário falar e, ao mesmo tempo, de quem é muito difícil de falar. É preciso pensá-lo e considerá-lo a partir das práticas que o produzem. É então, através das “problematizações” que é possível conceber como o sujeito é historicamente constituído (Foucault, 2011). Foucault também trabalha o conceito de sujeito, considerando sua “sujeição” a que o ocidente submeteu gerações. Por sua vez, o conceito de problematização é trabalhado por Foucault, ao refletir sobre a história dos pensamentos e seu surgimento a partir dos problemas. Assim, ele considera o pensamento em contraponto às representações sociais, por estas pautarem o comportamento, determinando-o. Ele (o pensamento) não dá sentido às atitudes, ao contrário, se distancia delas, gerando a crítica sobre elas, interrogando-as e buscando entender sua finalidade e suas condições de aparecimento. Esse distanciamento crítico, articulado pelo pensamento, ele chama de problematização (Foucault, 2014f).

Trata-se então de uma teia composta por vários discursos e práticas que são materializadas em saberes e poderes. O dispositivo quase não proíbe e sim, controla produzindo verdades e construindo subjetividades. Em se tratando da aids, são subjetividades marcadas pela impureza e por desejos considerados como fonte de ameaça para a ordem social (Pelúcio, 2009).

O que se pretende é, então, buscar desenredar essas linhas do dispositivo. Alinhada a esse conceito foucaultiano de dispositivo, a aids pode ser vista como um sistema articulador entre poder e saber que atua em diferentes instâncias e com base em linhas de forças heterogêneas. Desse modo, podemos empreender um olhar mais abrangente da multiplicidade de discursos em torno da aids (Lopes, 2011).

Os primeiros casos de aids foram descobertos nos EUA, Haiti e África Central em 1977 e 1978, tendo sido definidos como aids em 1982, ano em que a nova síndrome foi classificada. Em 1980, aconteceu o primeiro caso no Brasil, mais precisamente em São Paulo, tendo também sido classificado em 1982. Nos EUA, as primeiras preocupações de saúde pública começam a acontecer com a descoberta da nova doença misteriosa. Em 1982, surge sua primeira nomenclatura, baseada em grupos considerados como seus transmissores: 5h, que significava homossexuais, hemofílicos, haitianos, heroinômanos e profissionais do sexo (hookers).

O momento de seu surgimento configura-se como a primeira grande ruptura na história das epidemias, por ter acontecido em um período em que as autoridades sanitárias acreditavam que as doenças infecciosas estavam controladas pelo saber médico. A ruptura depende daquilo que adotamos como unidade de análise e, segundo Lopes (2011), já foi considerada e problematizada nesse caso da aids. Desta forma, a epidemia suscitou respostas coletivas de acordo com os mais variados contextos, surgindo no Brasil como um problema de saúde que evolui demonstrando as contradições sociais, econômicas e culturais.

Essa primeira fase da história da aids, na década de 80 é marcada por expressões discriminatórias como “peste gay” ou “câncer gay”, apresentando-se como importante fenômeno social (Calais, 2012). Transgressão, morte e incurabilidade, entre outras noções, passaram a fazer parte da rede de enunciados do discurso da aids que adquire estatuto de doença moral (Pelúcio, 2009). Os primeiros soropositivos eram reconhecidos como "aidéticos", que sugeria uma grande abrangência agregando pessoas das mais diversas trajetórias. Entre eles haviam as vítimas (crianças, mulheres e hemofílicos) e os "pecadores" ("drogados", michês e prostitutas). Todos mantinham um elo em comum: a morte eminente. Logo, "aidético" associava o indivíduo a um processo rápido de adoecimento e à morte (Pelúcio, 2009).

No final da década de oitenta, surge uma nova posição de sujeito, que é a da resistência através da participação política, podendo caracterizar uma nova ruptura na história da aids. Os ativistas lutam pela diminuição do valor do AZT¹². E, posteriormente, buscam reconstruir uma imagem de si, repensando a própria trajetória (Pelúcio, 2009). Transformam os medos provocados pela ideia de morte e pelo preconceito que as associava à promiscuidade em ativismo. Inauguram-se assim, novas subjetividades, com o advento do "sujeito soropositivo".

No início dos anos noventa, inicia-se o processo para a aquisição e distribuição gratuita de antirretrovirais (medicamentos que dificultam a multiplicação do HIV). Foi lançado o Videx (DDI)¹³, que como o AZT faz parte de um grupo de drogas chamadas inibidores de transcriptase reversa¹⁴. Dez anos depois de a aids ser identificada, a

¹²Zidovudina: ver nota de rodapé número 15.

¹³Didanozina: ver nota de rodapé número 15.

¹⁴Ver nota 15.

¹⁵ Classes de medicamentos antirretrovirais:

- Inibidores Nucleosídeos da Transcriptase Reversa - atuam na enzima transcriptase reversa, incorporando-se à cadeia de DNA que o vírus cria. Tornam essa cadeia defeituosa, impedindo que o vírus se reproduza.

Organização Mundial da Saúde anuncia que 10 milhões de pessoas estão infectadas com o HIV pelo mundo. É nessa década, também, que acontecem significativos avanços tecnológicos com o advento dos exames de CD4¹⁵ e Carga Viral e descoberta de novos medicamentos. No final dos anos noventa, encontram-se 15 medicamentos já disponíveis para o tratamento (Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, 2015).

Cresce os movimentos de "luta contra aids" considerados como protagonistas políticos e autodenominados de "ativismo da aids", substituindo condutas de pânico e resignação. Segundo Pelúcio (2009), esses movimentos são fundamentais na construção de novas subjetividades. Estas vieram, no entanto, orientadas por discursos normatizadores, nascidos tanto no interior do movimento como provenientes das agendas públicas de saúde. O ativismo passa a construir novas "identidades" através das experiências subjetivas e da atuação política, mas, ao mesmo tempo, reproduz um discurso de práticas reguladoras de conduta, transformando os próprios ativistas em produtores de saberes sobre aids (Pelúcio, 2009).

A concepção inicial da transmissibilidade do HIV associada apenas aos chamados “grupos de risco” produziu falsos discursos e representações no cotidiano, entre eles, o de certa imunidade nas relações heterossexuais estáveis e de que as mulheres não transmitiriam o vírus para os homens. Assim, ocorre o aumento da vulnerabilidade e crescimento da

São eles: Abacavir, Didanosina, Estavudina, Lamivudina, Tenofovir, Zidovudina e a combinação Lamivudina/Zidovudina.

- Inibidores não Nucleosídeos da Transcriptase Reversa - bloqueiam diretamente a ação da enzima e a multiplicação do vírus.

São eles: Efavirenz, Nevirapina e Etravirina.

- Inibidores de Protease – atuam na enzima protease, bloqueando sua ação e impedindo a produção de novas cópias de células infectadas com HIV.

São eles: Atazanavir, Darunavir, Fosamprenavir, Indinavir, Lopinavir/r, Nelfinavir, Ritonavir, Saquinavir e Tipranavir.

- Inibidores de fusão - impedem a entrada do vírus na célula e, por isso, ele não pode se reproduzir.

É a Enfuvirtida.

- Inibidores da Integrase – bloqueiam a atividade da enzima integrase, responsável pela inserção do DNA do HIV ao DNA humano (código genético da célula). Assim, inibe a replicação do vírus e sua capacidade de infectar novas células.

É o Raltegravir (Departamento Nacional de DST/AIDS e Hepatites Virais).

¹⁶ Conhecidas como Células T ou células auxiliares, são as células que comandam o sistema imunológico. Sua mensuração é realizada através da contagem por mililitro de sangue. A contagem de CD₄ de uma pessoa com imunidade normal costuma variar entre 500 e 1000 células por mililitro (Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais).

transmissão do HIV entre os casais heterossexuais e principalmente das mulheres com parcerias estáveis, processo denominado de feminização da epidemia (Fernandes, 2013).

Em 1994, é introduzido por Jonathan Mann o conceito de vulnerabilidade nas pesquisas sobre a epidemia de aids, como objetivo de ampliar o entendimento da transmissibilidade do HIV. Desta forma, é ampliado o foco das dimensões da exposição ao HIV para fatores sociais, políticos, institucionais e comportamentais (Fernandes, 2013).

No início dos anos 2000, organizações médicas e ativistas denunciam o alto preço dos remédios e o Brasil “quebra patentes”¹⁶, conseguindo negociar com a indústria farmacêutica internacional a redução no preço dos medicamentos para aids. O *HIV Vaccine Trials Network* (HVTN)¹⁷ planeja testes com vacina em vários países, entre eles o Brasil (Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, 2015).

Trata-se de mais uma ruptura na história, com a construção de um novo cenário de melhores perspectivas para os portadores do HIV e aids. Aliando-se a esse fato o aumento da prevalência de casos entre mulheres e consequente “heterossexualização”¹⁸ da transmissão da epidemia são produzidas transformações na construção social da doença (Parker & Aggleton, 2001). De portadores de doença mortal, as pessoas vivendo com HIV e aids passam a conviver com uma doença crônica, que não tem cura, mas tem tratamento. Surgem então os casais sorodiferentes, assim denominados por apresentarem sorologias diferentes para HIV. Um membro da díade possui o vírus e o outro não.

¹⁷ Rede de Ensaios de Vacinas contra o HIV (HVTN) é a maior colaboração internacional multidisciplinar financiada com fundos públicos que facilita o desenvolvimento de vacinas para prevenir o HIV. A HVTN realiza todas as fases dos ensaios clínicos.

¹⁸ O vírus do HIV se propaga denunciando as diversas facetas que a epidemia traz à tona, fato que denuncia as desigualdades sociais encontradas no Brasil. Mudanças epidemiológicas acontecem em razão da expansão territorial de sua propagação, que vai das grandes cidades para a zona rural e passa a atingir populações mais pobres. Deixa de ser essencialmente masculina e passa a alcançar mulheres em relações heterossexuais. Desta forma, a epidemia apresenta tendências para a heterossexualização, pauperização, interiorização e feminização.

A partir do ano 2000 no Brasil, os temas relacionados aos casais sorodiferentes começam a aparecer e chamar a atenção dos profissionais de saúde e pesquisadores (Fernandes, 2013). Maksud (2009) chama a atenção para o fato de que os estudos de maneira geral incorporam a lógica médica e de saúde pública, tratando somente da prevenção dos parceiros negativos e da negociação do uso do preservativo. As pesquisas iniciais sobre a sorodiferença são norteadas por essa lógica, havendo uma preocupação maior com o risco potencial de transmissão do HIV ao parceiro negativo.

Com todo esse aparato tecnológico, propiciando significativas mudanças na vida das pessoas soropositivas, o preconceito continua deixando vulneráveis e colocando barreiras ao direito de vida dessas pessoas. Transgressão, desvio, vergonha, segredo, marginalidade e “grupo de risco” permanecem como enunciados presentes nas narrativas das pessoas vivendo com HIV e aids, entre elas os casais sorodiferentes. A descoberta da sorologia positiva ainda é acompanhada ao mesmo tempo de questões sobre fatores biomédicos, tais como tempo de vida, tratamento e efeitos colaterais das medicações antirretrovirais, como também de sentimentos de angústia e medo da discriminação e do preconceito (Fernandes, 2013).

1.2. A realidade local.

A presente pesquisa faz sentido no contexto da cidade em que se encontra. Trata-se de uma cidade mineira, considerada de porte médio, mas que ainda conserva características bastante provincianas e conservadoras. Grupos que mantêm interesse em comum costumam frequentar os mesmos lugares e, portanto, se conhecem; fator que dificulta bastante o atendimento de pessoas soropositivas nos bairros, a ida ao ambulatório, a participação política e qualquer outra ação que possa revelar o diagnóstico do indivíduo a seus pares ou a outras pessoas do seu convívio social cotidiano. É então, nesse contexto em que a revelação

chega a comprometer a adesão ao tratamento e dificulta a articulação política dos sujeitos em relação a seus direitos é que a pesquisa se realizou.

No ano de 2014 foram notificados 103 novos casos de aids no município e região, que contou com 197 em 2013 e 214 e 226 nos anos anteriores, respectivamente. A faixa etária mais atingida ainda tem sido entre 30 e 39 anos com 422 novos casos nos últimos sete anos, seguida pela faixa de 40 a 49 com 363 e de 20 a 29 com 238 novos casos notificados. Em relação a gênero, nos últimos sete anos houve notificação de 798 novos casos masculinos e 461 casos femininos (dados fornecidos pelo serviço de epidemiologia do Programa Municipal de DST/AIDS, outubro/2015).

O SAE de Juiz de Fora, local da pesquisa, está vinculado ao Departamento Municipal de DST/AIDS do município, seguindo as diretrizes do Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais do Ministério da Saúde do Brasil. Foi inaugurado em 1996 e conta hoje com equipe multiprofissional composta de cinco médicos infectologistas, um clínico geral, uma pediatra, uma ginecologista, uma enfermeira, duas psicólogas, dois farmacêuticos, três técnicos de enfermagem e cinco profissionais da área administrativa e recepção.

O serviço apresenta 4555 pessoas cadastradas, sendo 3595 em acompanhamento atualmente. No SICLOM (sistema integrado de controle logístico de medicamentos), encontram-se 3064 pessoas inscritas, fazendo uso de antirretrovirais (dados extraídos do SICLOM, outubro/2015). O ambulatório conta com atendimento a crianças soropositivas e acompanhamento de crianças em período de diagnóstico sorológico. Desta forma, possui 135 crianças soropositivas cadastradas, contaminadas via transmissão vertical (dados fornecidos pelo Departamento Municipal de DST/AIDS e Hepatites Virais de Juiz de Fora).

De acordo com dados do SICLOM (sistema de controle logístico de medicamentos) foi possível obter os seguintes dados em relação aos indivíduos utilizando medicamentos no município:

Tabela 1:

Gestantes que foram acompanhadas com medicação para redução da transmissão vertical. (Período de 01/01/1997 à 18/11/2016):

Faixa etária	Número de Gestantes
De 16 a 19 anos	10
De 20 a 29 anos	209
De 30 a 39 anos	220
De 40 a 48 anos	40

Número de pessoas aderidas ao tratamento com TARV, que pegaram medicamentos na farmácia no mês de outubro de 2016: 1967 adultos, 22 indivíduos iniciando tratamento com TARV, 01 gestante e 18 crianças (dados extraídos do SICLOM – 11/2016). De acordo com relatório do Departamento Estadual de DST/AIDS de Minas Gerais, apenas 198 pessoas em acompanhamento com medicamentos antirretrovirais em Juiz de Fora, encontram-se com carga viral detectável. Desta forma, em torno de 1700 pessoas em tratamento estão com carga viral indetectável. Consideramos esse dado de fundamental importância para a análise dessa pesquisa, já que os aspectos epidemiológicos locais apresentam um prognóstico muito promissor.

1.3 Aparatos tecnológicos e medicamentosos.

Segundo Montaner, Milloy e Wood (2012), até o ano de 2011, trinta milhões de pessoas já haviam morrido de aids. No entanto, as possibilidades de tratamento foram tão ampliadas que até também o ano de 2011, oito milhões de indivíduos estavam recebendo os medicamentos antirretrovirais. A meta acordada pelas Nações Unidas nesse mesmo ano para utilização de ARV foi de quinze milhões de indivíduos até o ano de 2015, como estratégia política denominada “tratamento como prevenção”.

Na última década, os aparatos medicamentosos e tecnológicos, passaram a adquirir um delineamento bastante favorável à qualidade de vida das pessoas soropositivas. Aquelas

que aderem ao tratamento alcançam o nível de carga viral indetectável, ou seja, presença tão pequena de vírus na corrente sanguínea, que fica imperceptível aos exames. Em 2013 foi anunciado o medicamento "três em um", unindo as drogas Lamivudina, Tenofovir e Efavirenz em um único comprimido, facilitando a adesão e proporcionando maior conforto. A política de tratamento como prevenção do HIV é adotada no país, com o advento da carga viral indetectável e consequente diminuição da possibilidade de transmissão. Dá-se início a um protocolo de tratamento, substituindo o consenso médico e o uso dos medicamentos antirretrovirais é indicado para qualquer fase da doença. O teste rápido através do fluído oral é anunciado para venda em farmácia. Organizações não governamentais são capacitadas para a aplicação do novo teste em populações chave (Departamento de HIV, Aids e Hepatites Virais, 2015 – acesso em setembro de 2015).

O tratamento como prevenção (TASP) é tecnologia de prevenção que está baseada em uma pesquisa que teve como objetivo principal avaliar a capacidade dos antirretrovirais protegerem o parceiro negativo em relações sexuais sorodiferentes em que o preservativo não era usado com frequência. A pesquisa foi realizada com 1.763 casais sorodiferentes, indicando que a adesão correta ao uso de antirretrovirais por pessoas soropositivas, com consequente carga viral indetectável, fornece proteção de 96% aos parceiros soronegativos em relação aos soropositivos que não utilizam antirretrovirais (Fernandez, 2015). Este mesmo autor argumenta que com base em estudos e pesquisas como o anteriormente mencionado, fazer o teste anti-HIV e usar a terapia antirretroviral rapidamente como forma de prevenir, passa a ser significativa tecnologia contra a epidemia e, também, como forma de tratamento. Tal política tem sido chamada de “Testar e tratar” (na sigla em inglês: *TNT – Test and Treat*). As conclusões da pesquisa demonstraram à gestão dos programas e políticas de controle do HIV a necessidade de ampliar a cobertura para os testes de diagnóstico e iniciar

mais precocemente o tratamento como importante forma de oferecer mais qualidade de vida às pessoas positivas para HIV e romper a cadeia de sua transmissão (Fernandez, 2015).

Com essa perspectiva, o Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais brasileiro, no Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos, de dezembro de 2013, estimula início imediato de TARV para todas as pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHA) (Brasil, 2013). O Brasil também tem oferecido como estratégia de prevenção o que é chamado de PEP – profilaxia pós-exposição sexual (Departamento de HIV, Aids e Hepatites Virais, 2015 – acesso em setembro de 2015). Trata-se da utilização de antirretrovirais até no máximo 72 horas após exposição sexual ao risco, por durante 28 dias, como estratégia de prevenção, diminuindo a replicação do vírus e sua consequente transmissão. Esse recurso, introduzido em 1996, foi inicialmente utilizado em acidentes com profissionais de saúde e mulheres vítimas de violência sexual. Atualmente é usado em casos de acidente com preservativo e quando há risco potencial de exposição sexual ao HIV com parceiros positivos (Fernandez, 2015).

O governo dos Estados Unidos vai além nesse sentido, oferecendo a alternativa de prevenção denominada PREP (prevenção pré-exposição), para pessoas soronegativas com grande exposição a riscos e para aquelas que se relacionam com pessoas positivas para HIV. O nome da medicação é Truvada, contendo em sua composição dois importantes ARV. A PREP consegue reduzir o risco pela infecção do HIV em aproximadamente 92%, sendo bastante efetiva se combinada com a utilização de preservativos. No entanto, as pessoas que utilizam esse meio de prevenção, necessitam tomar a medicação todos os dias e fazer controles laboratoriais a cada três meses (*CDC – Center of Disease Control and Prevension – USA Government* – acesso em outubro/2015). O medicamento ARV atua bloqueando o ciclo da multiplicação do vírus, impedindo a infecção do organismo. Há duas formas principais de PREP: A PREP Oral em forma de comprimido e a PREP tópica em forma de

gel. Os resultados iniciais dos ensaios clínicos de PREP oral indicam que essa estratégia de prevenção pode ser extremamente útil para a mudança de cenário necessária no combate a infecção pelo vírus HIV (PREP Brasil, acesso em 11/2016¹⁹).

A PREP oral baseia-se no uso de medicamentos ARV para a prevenção da aquisição do HIV e sua eficácia parcial foi demonstrada entre homens que fazem sexo com homens (HSH) e heterossexuais. Intervenções de prevenção biomédica, como a PREP, têm um grande potencial, especialmente se combinadas a testagem anti-HIV ampliada (mensal ou trimestral), diagnóstico e vinculação ao tratamento daqueles identificados como infectados pelo HIV (PREP Brasil, acesso em 11/2016).

Desde 2010 os resultados de várias pesquisas vêm comprovando que o uso diário de 1 comprimido que combinam 2 antirretrovirais, o tenofovir (TDF) e a emtricitabina (FTC), comercializado com o nome de TRUVADA, é eficaz na prevenção da aquisição do HIV por via sexual. A eficácia pode chegar a 99% se o indivíduo fizer uso regular do medicamento, ou seja, se ingerir 01 comprimido todos os dias da semana. Os estudos mostraram ainda que o uso diário do TRUVADA seja seguro, pois os efeitos colaterais mais comuns são leves e temporários, sem ocorrência de efeitos colaterais graves.

Em 2012 a utilização do TRUVADA para a prevenção do HIV foi aprovada nos Estados Unidos. E recentemente, os Centros para o Controle de Doenças (CDC) do Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA, recomendaram o uso dessa medicação para prevenção da infecção pelo HIV para pessoas sob maior risco de adquirir esse vírus (PREP Brasil, acesso em 11/2016). Desta forma, a Organização Mundial da Saúde (OMS), reconhecendo o potencial da PREP para o enfrentamento da epidemia do HIV/AIDS, recomendou o desenvolvimento de estudos para avaliar como esta estratégia de prevenção pode ser utilizada no mundo, considerando as especificidades da epidemia, da cultura e dos

¹⁹ prepbrasil.com.br/

sistemas de saúde, que variam amplamente entre os países. Com esse objetivo e mediante tais orientações, também no Brasil estão sendo realizados diversos estudos relativos à PREP. No Rio de Janeiro - Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas – Fundação Oswaldo Cruz; Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; Centro de Referência e Treinamento em DST/AIDS-SP; Hospital Partenon - Porto Alegre; Fundação de Medicina Tropical - Manaus (PREP Brasil, acesso em 11/2016).

O novo protocolo da *European AIDS Clinical Society (EACS)*, lançado na 15ª Conferência Europeia sobre AIDS – realizada entre 21 e 24 de outubro, em Barcelona – alinhou a Europa ao resto do mundo ao recomendar o tratamento da infecção pelo HIV logo após o diagnóstico para todos os pacientes. Essa é a primeira vez, desde 2006, que todos os protocolos internacionais de tratamento concordam sobre o momento em que o TARV deve começar (Departamento de DST/AIDS e hepatites virais).

Assim, as políticas de prevenção e tratamento atuais, têm possibilitado a ampliação dos debates acerca da transmissibilidade do vírus, sendo importante dado para novos contornos e possibilidades para as relações sexuais soropositivas. A prevenção, desta forma, pode ser realizada de maneira combinada, transmitindo mais segurança aos soropositivos e seus parceiros em suas relações e viabilizando novas possibilidades de construções amorosas e sexuais, tirando o foco da exclusividade e do caráter prescritivo da utilização do preservativo.

A partir do ano de 2011, a UNAIDS inicia uma nova discussão a fim de estabelecer objetivos mais ambiciosos no sentido de impulsionar definitivamente a prevenção e o tratamento do HIV/ aids. Desta forma, com o objetivo de buscar a responsabilização e a união entre variados segmentos da sociedade em um empenho partilhado, pretendeu-se como meta a partir do ano de 2015 um ponto final para a epidemia até 2030. Essa estratégia contraria as

anteriores, que apresentavam propostas de progressão gradativa nas respostas às ações de prevenção e tratamento (UNAIDS, 2015).

Nessa direção, em 2013 foi necessário à UNAIDS apoiar esforços dos diversos países no sentido de estabelecer novas metas para o tratamento da aids após 2015. Com essa proposta, foram debatidas as possibilidades estratégicas entre os diversos agentes interessados em variadas regiões do mundo. Diz respeito a uma ação global, composta por diversas reuniões temáticas acerca de questões que são consideradas estratégicas. Inicia-se então, um forte movimento acerca do tratamento da aids e novos objetivos bastante ambiciosos, mas considerados plausíveis. Trata-se de um investimento no sentido de construir uma nova narrativa acerca do HIV e do seu tratamento, abordando uma meta tríplice, que consiste em até o ano de 2020:

- 90% das pessoas infectadas saberão que têm o vírus;
- 90% dos indivíduos com HIV já diagnosticados, recebendo terapia antirretroviral;
- 90% das pessoas recebendo ARV com supressão viral.

Com esses objetivos, espera-se que aproximadamente 73% dos indivíduos vivendo com HIV no mundo terão sua carga viral suprimida, um percentual quase três vezes maior que as estimativas anteriores. Desta forma, diversos cálculos matemáticos foram feitos em termos de probabilidade estatística, levando a crer que caso essas metas sejam atendidas em 2020, no ano de 2030, a epidemia terá seu ponto final (UNAIDS, 2015).

A UNAIDS considera que a única forma de se atingir tais objetivos é através de princípios que garantam os direitos humanos e a inclusão social, opondo-se aos expedientes coercivos, que distanciam os indivíduos dos serviços de saúde. Busca-se, nesse sentido, tratar o HIV com a finalidade de extinção da epidemia de aids, mas esta não será a única maneira de consegui-lo. Nesse caminho, a intensificação da prevenção tem sido incentivada, com

estratégias que buscam, por exemplo, a eliminação da transmissão vertical, a profilaxia de pré-exposição ao vírus (PREP), a circuncisão masculina e novas possibilidades de disponibilização de preservativos (UNAIDS, 2015).

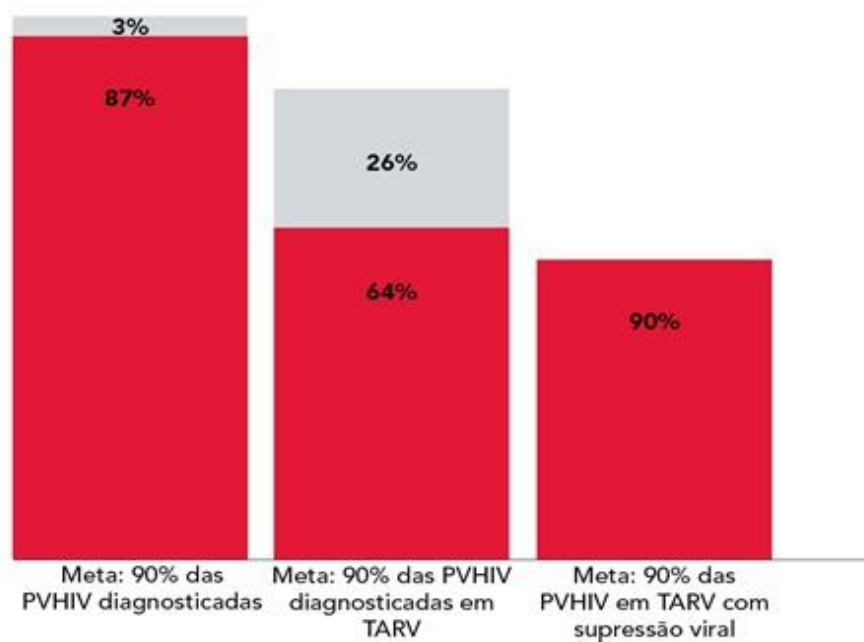
Em relatório recente do Departamento Nacional de DST/AIDS (2016), o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS) avalia o progresso de diversos países em encontro na África do Sul, em relação às metas estabelecidas após 2015. De acordo com o departamento brasileiro, o país recebeu grande aprovação por ter em apenas dois anos renovado a resposta à aids. As metas quando estabelecidas, foram recebidas com certa descrença, mas vem adquirindo confiança em relação a sua viabilidade. Assim, a UNAIDS cita o Brasil como exemplo de que é possível a meta ser alcançada, por meio do que eles denominam “cascata de cuidados brasileira”.

A fim de atingir a agenda de metas, o Brasil tem investido em novas tecnologias como o autoteste que teve já a sua aprovação pelas agências reguladoras, acompanhando países como França, EUA e Inglaterra. O país apenas espera a validação dos produtos pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que serão comercializados em farmácia (Departamento Nacional de IST/AIDS, acesso em 11/2016²⁰). Estudos recentes consideram que a autotestagem pode ser uma estratégia para melhorar a cobertura dos diagnósticos para o HIV. No entanto, Fernandez (2015) defende que para tal, é necessário que sejam feitos estudos para melhor entender sua utilização, suas formas de distribuição e a necessidade de aconselhamento pré e pós-teste, assim como avaliar quais os impactos de um possível resultado positivo - diagnosticado em casa - podem gerar.

A ilustração gráfica a seguir, indica a “cascata de cuidados” continuados no Brasil. A partir dela, é possível perceber e analisar o progresso do país em relação às metas estabelecidas para o tratamento, denominadas 90-90-90. Metas essas que fazem parte da

²⁰ www.aids.gov.br

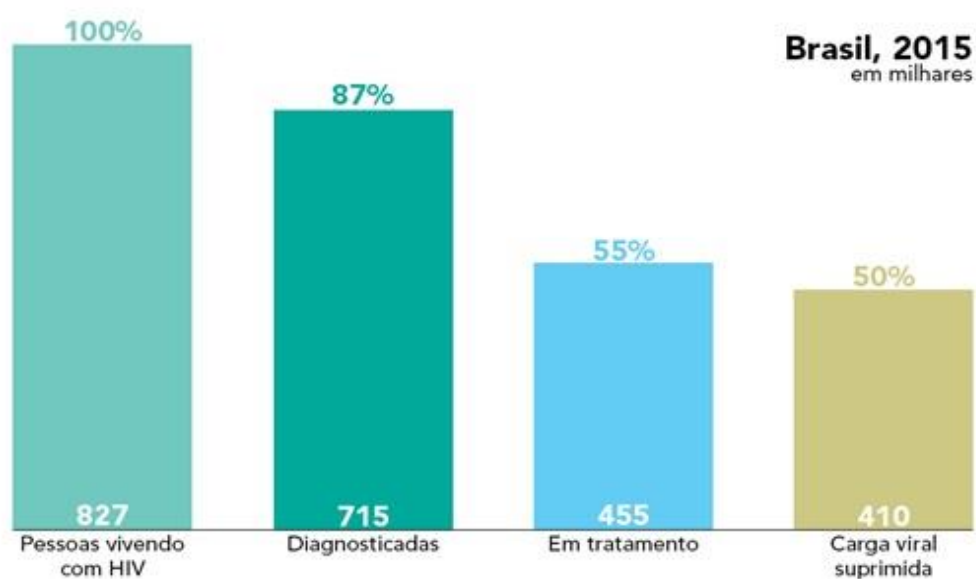
estratégia de aceleração da resposta para o fim da epidemia de aids como ameaça à saúde pública global até 2030. Na cascata brasileira, segundo dados do Ministério da Saúde, observa-se que do total de pessoas vivendo com HIV, 87% já foram diagnosticadas. Deste número, 64% estão em tratamento para o HIV. Das pessoas em tratamento, cerca de 90% apresentam carga viral indetectável (Departamento de DST/AIDS e hepatites virais, 2015).



Fonte: Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde/Departamento de DST e Hepatites virais

Figura 1

Metas 90-90-90 para o Brasil em 2015.



Fonte: Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde/Departamento de DST e Hepatites virais

Figura 2

A cascata brasileira de cuidados.

Em relação ao total de pessoas estimadas vivendo com HIV, também segundo o Ministério da Saúde (2015), 87% estão diagnosticadas, 55% do total estão em tratamento e 50% de todas as pessoas estimadas vivendo com HIV estão com carga viral suprimida – os dados são de 2015. Desse modo, é possível perceber avanços tecnológicos e medicamentosos que possibilitam melhor qualidade de vida para a pessoa soropositiva, proporcionando maiores perspectivas de uma vida afetiva e sexual, visto que é possível reduzir a ponto de quase eliminar a probabilidade de transmissão do vírus HIV, em razão da carga viral indetectável.

1.4. Abordagens teóricas acerca do amor e do sexo das pessoas soropositivas.

“(...) e mesmo com tudo diferente foi vindo de repente uma vontade de se ver e os dois se encontravam todo dia e a vontade crescia como tinha que ser”...
(Renato Russo)

Para a realização dessa pesquisa, foi feita uma revisão de literatura, a fim de que fosse possível conhecer as abordagens teóricas e metodológicas, assim como as principais preocupações traduzidas em problemas de pesquisa, com a temática das relações amorosas e sexuais soropositivas. Assim, foram realizadas buscas nas bases de dados SCIELO e LILACS com os descritores “amor soropositivo” e “sexualidade soropositiva”, “sorodiscordância” e “sorodiferença”. Os estudos procurados foram artigos científicos, trabalhos apresentados em congressos, dissertações e teses. Nessa direção, foram encontradas diversas pesquisas, consideradas independentemente da escolha e utilização do método (quantitativo ou qualitativo), totalizando 36 – 26 nacionais e 10 internacionais. No entanto, foram descartadas as pesquisas, principalmente estrangeiras, com abordagens estritamente biomédicas com foco na reprodução e aquelas de foco mais epidemiológico.

Os estudos acerca da sorodiferença discorrem a partir da perspectiva da conjugalidade. Por sorodiferença entende-se relacionamento sexual e afetivo estável em que

um dos membros é sabidamente diagnosticado com o vírus HIV e o outro não (Maksud, 2007). Desta forma, a conjugalidade é problematizada frente os impasses encontrados na administração de riscos, na vivência da sexualidade, na manutenção dos segredos diante da família, relacionamentos e comunidade em geral, desejos reprodutivos e projetos de vida (Silva & Perrusi, 2009).

Muitas pesquisas que abordam a sorodiferença iniciaram a partir de inquietações e questões despertadas a partir da atuação profissional (Maksud, 2007; Polejack, 2011) e de uma nova postura no que se refere à intervenção em saúde, que considera a vida com o vírus e/ou adoecer com aids como um processo traduzido em um *continuum*, que gera impactos individuais, conjugais, sociais e na comunidade. Portanto, a saúde necessita ser considerada não mais como uma questão biomédica, mas em seus aspectos biopsicossociais. Esse referencial é organizado sob um novo paradigma, não mais de saúde e doença, que concebe o sujeito como passivo, mas direcionando o foco para a promoção da saúde em seus aspectos mais abrangentes, também subjetivos, políticos e sociais (Polejack, 2011). Desta forma, enfatiza-se uma abordagem que valoriza a natureza social dos fenômenos e seus aspectos psicológicos relacionados, aproximando-se da realidade dos indivíduos em seus contextos sociais, culturais, econômicos e políticos.

Com esse enfoque dado à saúde, surgem novas problematizações e, entre elas, no campo da aids, a sorodiferença, que busca refletir a condição da vida em casal em situação de diferença sorológica para HIV (Maksud, 2007; Polejack & Costa, 2002; Brum, Moraes & Roso, 2011; Oltromari & Otto, 2006; Silva, 2012; Finkler, 2003; Franch & Perrusi, 2012; Fernandes, 2013; Silva & Perrusi 2009). Considera-se principalmente a vida de casais, seus impasses e conflitos internos e sua relação com seu entorno, em uma perspectiva da conjugalidade. Assim, a aids passa a ser vista em seu aspecto relacional, como não poderia deixar de ser, uma vez que a aids, por si só, já é a tradução de relações estabelecidas desde a

sua transmissão, seja ela sexual ou não. Essa perspectiva propõe considerar as pessoas em suas vidas e em suas relações e experiências afetivo-sexuais.

O momento em que ocorrem esses estudos, reflete as circunstâncias atuais da epidemia da aids, que tem sido ressignificada, em razão dos avanços no tratamento com o surgimento da terapia antirretroviral, passando a ser um desafio clínico crônico nos países que oferecem a gratuidade do tratamento como é o caso do Brasil. Assim, viver com o vírus deixa de ter o significado de morte iminente para um estado clínico que necessita de atenção contínua e com prazo indeterminado, podendo ser controlado e manipulado. Essa possibilidade alcançada nos últimos anos tem provocado transformações no imaginário e nas práticas de pessoas soropositivas e daquelas que convivem com o vírus. A principal transformação diz respeito à significativa melhoria na qualidade de vida das pessoas, modificando a forma como esses sujeitos subjetivam essas experiências, fato que faz emergir a necessidade de se estabelecer novas relações ou dar continuidade aquelas já existentes, trazendo novos desafios para a compreensão e o enfrentamento da epidemia (Franch & Perrusi, 2011).

Surge então, a associação entre aids e conjugalidade, que apesar de recente nos estudos, não é recente na história social da aids. Inicialmente considerados como zona de proteção contra a infecção pelo HIV, os relacionamentos estáveis passam a ser vistos com esses estudos, como uma importante fonte de risco para se contrair o vírus. Desta forma, a aids tem se aproximado cada vez mais dos casais, de onde, em outros tempos, havia sido afastada (Franch & Perrusi, 2011).

Franch, Longui & Neves (2015) consideram que muito já se avançou em termos de tratamento para a aids, transformando o seu cenário. Mas chamam a atenção para a permanência de “velhas questões” no que diz respeito às invisibilidades ainda existentes. Segundo as autoras, quando se trata de serviços de saúde, o pensamento biomédico ainda

prevalece, dando ênfase à adesão medicamentosa e de tratamento, reduzindo a complexidade da experiência de viver com o vírus. Ainda para as autoras, as condições de vida sociais e subjetivas e as relações afetivo-sexuais não se configuram como motivo de preocupação, não fazendo parte do cuidado em saúde.

As primeiras preocupações com relações amorosas e sexuais surgiram com os fenômenos da feminização e heterossexualização da aids, momento em que as mulheres passaram a adquirir o vírus em suas relações estáveis com seus companheiros. Os olhares voltaram-se então, para a dinâmica entre casais com o enfoque no risco e na prevenção. Nesse momento inicial em que os casais atraem os focos e olhares, parte-se do pressuposto da dificuldade da negociação do uso do preservativo por parte das mulheres, fato que as deixavam em situação de maior vulnerabilidade. Considerava-se também, o fato da sorologia do parceiro ser desconhecida de ambos ou de um membro da díade. Contrariamente, nos estudos recentes sobre casais, para Polejack (2011), o diferencial passa a estar no fato da sorologia ser conhecida de ambos e problematizada pelos dois, sem que isso signifique o rompimento da relação.

É um novo paradigma que se apresenta sem, no entanto, deixar de provocar tensões, inclusive para o senso comum, que ainda tem nesse tipo de relação, algo impensado e difícil de ser vivido. Questiona-se, assim, ideias cristalizadas a respeito do que vem a ser o amor, o que seria a vida de casal e qual seria o lugar “correto” de ser ocupado pelas pessoas saudáveis e por aquelas consideradas como não tendo saúde. As preocupações biomédicas centram-se na perspectiva do duplo risco representado pelo casal, que seria da transmissão ao parceiro e da possibilidade de transmissão vertical, em caso de gravidez (Franch & Perrusi, 2011).

Desta forma, o risco aparece em grande parte das pesquisas, problematizado a partir da possibilidade de transmissão do vírus ao membro soronegativo do casal (Oltramari & Camargo, 2010; Carvalho, 2003; Said & Seidl, 2015; Finkler, Oliveira & Gomes, 2004; Reis,

2008; Reis & Gir, 2005,2009,2010). Alguns optam por uma reflexão crítica, considerando o contexto atual, marcado pela busca da vida saudável e por uma tendência social a evitar situações consideradas arriscadas bem como uma busca pela saúde perfeita. Nesse panorama marcado pela biopolítica, são inseridas as questões acerca das relações amorosas soropositivas. Assim, busca-se compreender a dinâmica do casal atravessada por esse discurso do risco, refletindo sobre seus dilemas em constante contraponto com o trabalho de prevenção realizado por profissionais de saúde (Amorim & Szapiro, 2008).

Outros refletem a dificuldade em se estabelecer o sexo dito “seguro” e mais especificamente a utilização constante do preservativo (Scotá, 2006). Reis e Gir (2009) consideram que a falta de diálogo nos serviços e a sua desconsideração em relação a aspectos da afetividade e sexualidade das pessoas soropositivas expõem o parceiro soronegativo a uma situação permanente de vulnerabilidade e exposição a riscos. Elas problematizam a falta de trabalhos consistentes em direção à prevenção e consideram como fonte de preocupação a não utilização do preservativo de forma contínua e sistemática em relacionamentos estáveis.

Nessa direção, Amorim e Szapiro (2006) tensionam a concepção da prevenção vista como um estado constante de vigilância e racionalidade, evitando prováveis ocorrências de risco que devem ser diminuídas ao máximo, através da intensificação de hábitos “saudáveis”. Esse discurso médico em sua gênese é extremamente racional, não conseguindo sobressair-se a comportamentos tão atravessados pela subjetividade como os afetos e o sexo.

Assim, as autoras traduzem suas preocupações a partir da pouca abertura ainda entre profissionais e entre os próprios indivíduos em se discutir o assunto. O medo da transmissão do vírus segundo elas é frequente, além do receio em se conversar, realizar planos e buscar uma vida sexual prazerosa. O uso do preservativo não aparece como algo adotado facilmente. Elas ainda apontam para a consideração usual em relação ao risco que está sempre no outro,

mas que nessa situação específica, paradoxalmente, encontra-se em um “outro” muito próximo, íntimo, provocando tensões.

Ainda com o olhar voltado para o risco de infecção do parceiro, Reis e Gir (2009) ressaltam a naturalização da convivência com o risco e banalização da aids experimentada por alguns indivíduos. Com o avanço das tecnologias de tratamento e consequente melhoria da qualidade de vida, muitos passam a lidar com a questão da soropositividade como algo natural, desconsiderando e negando possibilidades de risco de transmissão. Esse fato percebido em suas entrevistas apresenta-se como importante aliado a não utilização de preservativos nas relações e a não adoção de práticas sexuais seguras.

Desta forma, a experiência sexual das pessoas soropositivas ainda é tratada pelo viés do risco na dinâmica do casal. Mas a compreensão da sexualidade de indivíduos com o HIV ainda é reduzida, como aponta o estudo de Souto et al. (2009). Segundo os autores, durante muito tempo, a sexualidade das pessoas com HIV não recebeu atenção em razão do sentido atribuído ao diagnóstico como morte iminente. Sob esse enfoque, a vida sexual das pessoas soropositivas era tratada como uma questão de menor importância e sempre centrada na prevenção. Surgem então os primeiros estudos com o foco no que se denomina de “sexo seguro” a fim de propor intervenções que objetivam a mudança de comportamentos. Instituída essa prática acadêmica de pesquisa voltada para esse foco, o que se percebe hoje é que pouco se sabe sobre as experiências sexuais e as adaptações realizadas por esses sujeitos. Acreditando na sexualidade como uma dimensão fundamental na vida humana, sendo as relações sexuais valorizadas para muito além da reprodução e atribuindo importância à afetividade e ao prazer de cada indivíduo, torna-se relevante compreender a trajetória sexual de pessoas com HIV, objetivando a promoção de seus direitos e de sua saúde.

Silva e Perrusi (2009) indicam uma segunda invisibilidade dessa questão, percebida pela ausência de estatísticas oficiais até mesmo a nível nacional, não existindo até o momento

de sua pesquisa, nenhuma informação, indicando ser este ainda um assunto de pouco interesse das políticas de saúde pública. Assim, são inúmeras as invisibilidades. Uma preocupação constante nos estudos diz respeito à abordagem da sexualidade e do amor nos serviços de saúde e a dificuldade de os profissionais lidarem com essa questão, por ainda existir escassez de pesquisas sobre o tema (Reis & Gir, 2009). Para elas, ainda existe uma clara hierarquia entre os dois riscos relacionados às relações amorosas, sendo a transmissão vertical ainda muito mais evidenciada que a transmissão horizontal. Franch e Perrusi (2011) fazem coro a essa preocupação, salientando que por sua invisibilidade a demanda representada pelos casais passa a estar oculta dos profissionais e serviços de saúde. No entanto, as políticas referentes à profilaxia pós-exposição sexual (PEP sexual) e a estratégia “tratamento como prevenção” reforçaram as ações preventivas da transmissão horizontal do HIV.

Souto, Kiyota, Bataline, Borges, Korkischko, Carvalho e Filho (2009) enfatizam o pouco preparo dos profissionais, em especial os médicos, para trabalhar questões relativas à sexualidade das pessoas soropositivas, considerando esse aspecto de grande relevância para se repensar as políticas públicas, a fim de que possam contemplar essa problemática. Tal fato surte grande impacto na vida dos indivíduos, por gerar inseguranças, constrangimentos e evasão da discussão no atendimento. Com esse olhar, Lago (2011) investiga as representações que os profissionais de saúde têm acerca de relações com soropositivos. Assim, a aids aparece como ponto de desconforto em muitos atendimentos, por fazer revelar sexualidades consideradas desviantes por muitos profissionais, com as quais estes não sabem lidar pela escassez de reflexão acerca do tema em suas formações acadêmicas. Desta forma, impossibilitados de problematizar a questão, muitos soropositivos ainda vivenciam a ruptura de suas relações ao revelarem seu *status* e a suspensão dos investimentos em relacionamentos

afetivos e sexuais. A revelação do diagnóstico vem acompanhada do dizer sobre si, ou se revelar em uma identidade muitas vezes não aceita socialmente (Souto *et al.*, 2009).

Outra questão por eles levantada e de grande importância nos âmbitos subjetivos e também no que diz respeito à saúde coletiva é o que é percebido principalmente nas pessoas solteiras, em que por medo da revelação da soropositividade, silenciam o próprio diagnóstico e não fazem o uso do preservativo nas relações. Com esse intuito, torna-se frequente a decisão de se relacionar apenas com pessoas soropositivas, considerando ser este um vínculo possível para se dispensar o uso do preservativo. No entanto, considera-se essa atitude temerária, já que expõe ambos os parceiros à troca de diferentes tipos de vírus, podendo provocar resistência aos medicamentos (Souto *et al.*, 2009).

Silva e Camargo Jr. (2009) também endossam a dificuldade e despreparo dos profissionais, fato que tem provocado um retraimento dessa discussão no atendimento, que faz com que as pessoas retornem dos serviços de assistência com suas dúvidas e inseguranças. Problematicam ainda, o afrouxamento da utilização do preservativo nas relações sexuais estáveis, por estarem envolvidos com o sentimento de confiança entre os parceiros, reforçando a crença na proteção da infecção. Fato que, diga-se de passagem, vulnerabilizou as mulheres em relacionamentos heterossexuais estáveis.

Silva e Camargo Jr. (2011) consideram esse como um problema limite por ressaltarem a importância no que diz respeito à manutenção do status negativo de um dos membros do casal ser o foco principal da atenção dos profissionais, dos serviços e políticas públicas de saúde. Vedovello, Ramalho, Silva, Santos e Amaral (2009) problematizam essa questão a partir do viés ético do profissional de saúde que atende esses casais. Também preocupados com a infecção do parceiro soronegativo, Finkler *et al.* (2004) alertam que os riscos de infecção são negados por esses casais por dificuldades com a sexualidade e questões de gênero, considerando que homens ficam expostos a risco em uma tentativa de assegurar sua

masculinidade e as mulheres com a finalidade da manutenção das relações afetivas. Franch e Perrusi (2012) vão mais além buscando um entendimento da lógica vivenciada por esses casais na gestão do risco, no panorama social atual, onde é buscado em todo momento, prever e evitar situações de risco, através de comportamentos de zelo e controle intensificados e valorizados socialmente.

Em suma, foi possível perceber duas tendências nas pesquisas que pretendemos então problematizar. A primeira aponta para uma perspectiva da prevenção, que mesmo aparecendo de forma refletida, demonstra preocupações mais direcionadas a não infecção do parceiro soronegativo, esquecendo-se da perspectiva do indivíduo positivo para HIV. Mas, com todas essas preocupações que são legítimas e importantes, salientamos e endossamos o que Maksud (2011) questiona a respeito desse foco adotado. Ela argumenta que com discussões direcionadas para a negociação do uso de preservativo e o estabelecimento de práticas seguras perdem-se outras perspectivas também interessantes e importantes de se considerar como as trajetórias afetivo-sexuais, as reflexões acerca de sexo, prazer e erotismo. A preocupação sendo direcionada a não infecção dos indivíduos soronegativos, deixa de olhar para as questões que envolvem os sujeitos soropositivos que poderiam ser abordadas como tem sido realizado no ativismo que, segundo a autora, denominado de prevenção “positiva”, prioriza as estratégias de promoção da saúde dessas pessoas.

A segunda tendência aponta para um recorte da conjugalidade demarcado por relações afetivo-sexuais estáveis e para um interesse maior pelos casais heterossexuais (Maksud, 2007; Polejack & Costa, 2002; Brum, Morais & Roso, 2011; Oltromari & Otto, 2006; Silva, 2012; Finkler, 2003) em razão do fenômeno conhecido como feminização da epidemia da aids, iniciado na década de 90 e marcado pelo aumento constante e significativo de casos entre mulheres. Assim, apesar de a literatura apresentar estudos também entre casais homossexuais (Fernandes, 2009; Fernandes, 2013), há uma diversidade maior de pesquisas

sobre relações heterossexuais e estáveis, sendo pouco usuais as que abordam relações casuais, eventuais ou pontuais. Said e Seidl (2015) postulam que relação estável seria aquela onde se tem maior vínculo afetivo, fato que traz a sensação de troca mútua e comprometimento, onde a confiança alicerça a percepção de se tratar de algo estável. Inversamente, outras relações acontecem de forma eventual, com durações e comprometimentos variados. As autoras apontam importantes aspectos presentes nessas realidades que também se configuram como importantes. A ocorrência de sentimentos como culpa, ansiedade e medo de infectar os parceiros fazem emergir a estratégia da redução da vida sexual e a abstinência.

As autoras ainda ressaltam em suas preocupações a maior incidência da utilização do preservativo no início dos relacionamentos ou em aqueles eventuais. Tal prática é considerada importante de ser trabalhada por ser forte indício de que ainda é atribuído à monogamia um significado protetivo. Loiola (2011) reforça essa ideia, considerando tal fato como indicativo de certa dificuldade moral em se usar preservativo por casais em conjugalidade. Logo, segundo a autora, o preservativo geralmente é utilizado nos primeiros dois, três meses, cujo tempo é considerado ainda pequeno para o casal se conhecer e construir a confiança. Quando este passa a ser considerado estável o uso da camisinha é descartado.

Desta forma, considerando a feminização e heterossexualização da epidemia e a dificuldade em se trabalhar práticas seguras em relações estáveis, justifica-se o aumento das pesquisas com esse recorte. No entanto, fenômenos apontados por Seidl e Said (2015) como o da manutenção do segredo em relações não estáveis demonstram o quão importante tem sido ampliar os estudos para além das fronteiras da conjugalidade dita estável. As autoras argumentam que o sigilo a respeito do diagnóstico para o parceiro aparece como uma saída para se manter as relações eventuais, revelando de forma contundente que ainda existem crenças distorcidas e estigmatizantes relacionadas à experiência de se viver com HIV. A descoberta da soropositividade no contexto de uma relação, nesse panorama, adquire sentidos

múltiplos, principalmente no que diz respeito à fidelidade. As relações eventuais têm distintas conotações para homens e mulheres e de acordo com os mais diversos contextos, o que as complexifica e ao mesmo tempo vulnerabiliza, tornando importante seu estudo e compreensão.

Fazendo coro à voz de Ivia Maksud, ressaltamos a importância em se trabalhar a partir também da perspectiva dos sujeitos soropositivos, considerando os sujeitos soropositivos e suas parcerias sejam elas já estabelecidas, ou aquelas desejadas, projetadas pelos indivíduos, como é de seu direito. Parcerias constituídas, aquelas que ainda o serão e as em processo de (re) construção, com foco nas trajetórias amorosas e sexuais dos sujeitos que vivem com o vírus.

2. DA INQUIETAÇÃO INDIVIDUAL AO MÉTODO.

2.1. Análise do discurso: afinidades entre método e questão de pesquisa.

Sei bem, agora, qual era a voz que eu gostaria que me precedesse, me carregasse, me convidasse a falar e habitasse meu próprio discurso. Sei o que havia de tão temível em tomar a palavra, pois eu a tomava neste lugar de onde eu o ouvi e onde ele não mais está para escutar-me. (Foucault, 2014e, p.74)

Foucault (2014e) nos leva a pensar para além dos textos. A importância de ao realizar uma análise baseada em sua perspectiva metodológica é também a de que os discursos devem ser historicizados e situados dentro de um determinado contexto. Na proposta de análise do discurso foucauldiana, torna-se primordial a investigação das contingências que permitem com que certos discursos sejam enunciados como verdadeiros. Deve-se, também, colocá-los em suspenso para que seja possível identificar aquilo que está sendo excluído e as dispersões operadas na articulação entre diferentes discursos, buscando descrever os enunciados que deles emergem e os efeitos de poder produzidos pelos mesmos (Hook, 2001).

Neste contexto, entre jogos de poder, os discursos são produzidos, excluindo, desqualificando, estabelecendo critérios de verdade, produzindo sujeitos, histórias, práticas, normas e prescrições. Produção sutil e não escancarada, torna único o papel do analista. E nos faz questionar: o que cabe ao analista do discurso? Que intrincada tarefa é a sua diante de tantos jogos permeados de poder/saber na produção de enunciados e práticas? A complexidade imbricada na fabricação dos discursos torna a tarefa do analista árdua, mas instigante, que só se torna possível aos curiosos, àqueles que pretendem ampliar seu olhar, vislumbrar os disfarces, comprometidos com a realidade e sua transformação e que acima de tudo, pretendem assumir uma postura ética e política diante de construções sociais pautadas em privilégios e exclusões, onde sujeitos ocupam lugares de poder e outros, lugares de abjeção.

A compreensão das dinâmicas em que os discursos são produzidos cria novas possibilidades de pesquisa e entendimento da vida, da não naturalidade de determinadas

construções e fazem desejar a denúncia, a desconstrução e a reflexão crítica a partir da análise. Desta forma, o analista do discurso não é somente um pesquisador. Não está preocupado somente com o entendimento dos processos. Ele vai além! Preocupa-se também com a ordem social, com o estado de coisas construído historicamente por dinâmicas de poder, jogos de verdade que abriram possibilidades para alguns somente, não para todos, abriram possibilidades para determinadas práticas e não para todas, regularam, selecionaram, impediram, dividiram, subtraíram.

A adequação do método de análise do discurso de referencial foucauldiano à questão de pesquisa parece pertinente. A questão de pesquisa dessa dissertação de mestrado é permeada pela busca do entendimento de determinadas construções no campo do HIV e da aids, com ênfase nas categorias amor, sexo, revelação e risco. Questiona-se a naturalidade e universalidade desses conceitos e a forma como eles atravessam sujeitos e práticas.

Assim, o método proposto por Michel Foucault torna-se relevante. Com foco no que foi enunciado, a análise atentou para as relações de poder que permeiam as histórias de vida. Nesse sentido os discursos que produzem subjetividades e modos de vida foram investigados. Assim seguimos atentas à questão: a que compromisso a análise do discurso se propõe? Em um determinado momento Foucault se diz comprometido com “a tarefa de evidenciar alguns elementos que possam servir para uma história de verdade. Não a que poderia haver de verdadeiro nos conhecimentos, mas uma análise dos jogos entre verdadeiro e falso, através dos quais o ser se constitui historicamente” (Foucault, 2014b). Buscamos então, estar comprometidos com as relações múltiplas, que se articulam nas dinâmicas de poder e com o que é elidido, diminuído, deixado de lado, mas que, para olhos e ouvidos atentos, fazem ver e fazem falar.

A pesquisa se ancorou nas leituras de Michel Foucault (1995; 2011; 2014a; 2014b; 2014c; 2014d; 2014e; 2014f) no intuito de problematizar as regras, os sistemas e

procedimentos que constituem e são constituídos pela “vontade de verdade”, no âmbito do objeto de pesquisa investigado, a saber, as trajetórias de amor e sexo de pessoas soropositivas. Buscamos na análise, considerar o complexo jogo em que o discurso é constituído, sendo ao mesmo tempo instrumento e efeito de poder e, por horas seu oposto, ou seja, fonte de resistência.

Com esse enfoque metodológico de análise de dados, encontramos alguns recortes analíticos que foram foco de nossa reflexão na dissertação. Através das transcrições das entrevistas de mapeamento e das entrevistas para a constituição dos relatos de histórias de vida, investigamos – pelo método de análise do discurso (Foucault, 1995; 2011; 2014a; 2014b; 2014c; 2014d; 2014e; 2014f) já explicitado anteriormente - como os discursos da aids, do sexo, do amor e do risco operaram nas histórias de vida dos/as informantes, atravessando suas trajetórias, produzindo formas de subjetivação, assujeitamento, sofrimento e possíveis performances de resistência e agência.

Assim, a análise voltou-se para as problematizações, a partir das quais se pensou como determinadas práticas foram formadas e modificadas e como os sujeitos são historicamente constituídos. Problematização é aqui entendida como a história de determinado pensamento, tido no presente contexto foucaultiano, como diferente de representações, não sendo o que habita as condutas, lhes trazendo sentido, mas sim, o distanciamento do realizar e do reagir. É o questionamento sobre as ações, suas finalidades e condições (Foucault, 2011).

Nesse sentido, o que se produz como verdade não existe fora do poder ou sem poder. Assim, a verdade desempenha um papel político, sendo produzida a partir de inúmeras coerções, que produzem efeitos de poder. Logo, dependendo da sociedade, há discursos que são acolhidos, que têm valor, são considerados e tidos como verdadeiros. Desta forma, os

“regimes” de verdade estão relacionados a uma série de dispositivos de poder, que a produzem e aos efeitos que eles provocam (Foucault, 2014f).

Essa empreitada se justifica a partir do conceito foucauldiano de arqueologia, cuja proposta é de uma investigação a partir do entendimento de como as ideias foram historicamente sendo articuladas, estabelecendo aí, a busca da produção de uma racionalidade e seus efeitos múltiplos. Desta forma, a atenção foi dada aos enunciados, como nos indica Foucault: *“como apareceu determinado enunciado e não outro em seu lugar?”* (2014a, p.33). Logo, trata-se de buscar conhecer que: *“singular existência é essa que vem à tona no que se diz e em nenhuma outra parte?”* (2014a, p.34).

Não se trata, então, de lidar com o discurso como um aglomerado de signos, mas como práticas que constituem de maneira sistematizada aquilo de que falam. Portanto, ele é material, ou seja, é sempre na materialidade que ele acontece. É feito de signos, mas vai além de utilizá-los para falar dos objetos. É esse além que é fundamental que apareça na análise do discurso e que é preciso descrever (Foucault, 2014a).

Nessa perspectiva, as regras são concebidas não no campo das ideias e dos pensamentos, mas no próprio discurso, que, de maneira anônima e uniforme vai se impondo aos indivíduos, que tentam falar nesse campo discursivo (Foucault, 2014e). Daí os instrumentos que foram utilizados, ou seja, as entrevistas e os dados nelas produzidos, a narrativa dos sujeitos, foram considerados a “ponta dos icebergs” dos discursos que envolvem amor, sexo e HIV.

2.2. Reflexões éticas e políticas.

Acreditamos ser de grande importância ampliar os estudos acerca dos fenômenos que circundam a realidade do HIV e da aids a partir da utilização de abordagens outras, que não as biomédicas e epidemiológicas, tão utilizadas no contexto da saúde pública. Que, sem

desconsiderar sua importância, não dão conta de alcançar a complexidade dos fenômenos que a circundam e emergem em um contexto de biopoder, apresentando uma série de prescrições de caráter normalizador.

A pesquisa qualitativa não possui uma história recente, ao contrário, sua trajetória é bastante longa nas ciências humanas. Mas a importância dada à pesquisa qualitativa aconteceu após os estudos realizados pela escola de Chicago a partir da década de vinte, apresentando a relevância desses estudos para a compreensão do homem e sua vida na coletividade. Assim, emergem os estudos qualitativos, sendo por si só um campo de investigação, ultrapassando limites das disciplinas, campos e temas, abarcando uma diversidade de conceitos, termos e suposições (Denzin & Lincoln, 2006).

Mas é necessário que ela esteja localizada em um determinado campo histórico, por apresentar diferentes significados para cada momento em que se encontra. Torna-se possível assim, caracterizá-la como estratégia de investigação que busca dar visibilidade ao mundo, transformando-o em representações que são sempre situadas em seu contexto sócio-histórico, localizando o pesquisador no tempo e no espaço em que se encontra. Desta forma, ela privilegia estratégias naturalistas e interpretativas para o mundo, sendo que seus pesquisadores buscam uma aproximação com os fenômenos em seu panorama natural, tentando entendê-los a partir dos significados que as pessoas lhes atribuem (Denzin & Lincoln, 2006).

Desta forma, a escolha das ferramentas de pesquisa, não foi um processo aleatório e sim, sintonizado com as perguntas que foram feitas e relacionadas com o contexto e com o que é pretendido produzir de conhecimento a partir do atual panorama histórico, político e cultural (Denzin & Lincoln, 2006). Assim, o compromisso a que nos servimos é com a compreensão da vivência humana através da utilização basicamente de dois métodos. O primeiro, quantitativo, que fornecerá um panorama geral das trajetórias amorosas e sexuais de

pessoas soropositivas e o segundo, com uma abordagem mais naturalista e interpretativa, sendo todo esse processo influenciado por diversas posturas éticas e políticas (Denzin & Lincoln, 2006).

Com essas preocupações, voltamos nossa atenção para a posição que ocupava a pesquisadora nos momentos de entrevistas. Por se tratar de uma psicóloga do serviço de assistência, local onde estas foram realizadas, ela certamente estava atravessada por concepções extraídas de sua prática profissional e sua escuta. Pensávamos também que a forma como as pessoas percebiam a presença da pesquisadora no ambulatório, como profissional, poderia influenciar o contato em contexto de pesquisa, podendo interferir de forma negativa.

Logo, buscamos no conceito de reflexividade, referência teórica e política para seguirmos nossa pesquisa. Segundo Christians (2006), trata-se de aspecto fundamental para a construção de um estudo pautado em princípios éticos. Nessa direção, é que surge o debate acerca das posições que ocupam o pesquisador e seu objeto de pesquisa. Tal problematização se faz necessária em razão da tradição da pesquisa científica, pautada em dualismos, como sujeito e objeto, material e espiritual.

Nesse sentido é que se torna necessário o debate crítico e ético acerca da posição que ocupa o pesquisador frente ao objeto de pesquisa e o contexto em que está inserido. Para Christians (2006), o preceito positivista argumenta que ao pesquisador cabe uma postura imparcial, amoral e apolítica, defendendo sua neutralidade frente às questões que pesquisa. No caso da ciência social, tal postura justifica-se pela ideia de preservação da autonomia dos indivíduos pesquisados, aparecendo como importante questão ética.

No entanto, segundo esse mesmo autor, tal paradigma científico tem sido discutido e muitas vezes refutado, a partir dos argumentos de que não existe neutralidade de valores e

nem neutralidade política. O próprio reconhecimento da relevância de uma questão de pesquisa coincide com a motivação e os valores pessoais específicos (Christians, 2006).

Assim, pautamo-nos nas metodologias feministas que nos levaram a indagar sobre nossa própria produção do conhecimento, buscando ultrapassar o litígio entre o sujeito e objeto da pesquisa, sustentado pelo paradigma positivista. Nessa perspectiva, consideramos que a produção científica é marcada por saberes constituídos historicamente e com influência dos contextos sociais e culturais de dada sociedade. Desta forma, o conhecimento não é derivado de uma distância relacional entre sujeito e seu objeto de pesquisa, uma vez que referências sociais de ambos vão se cruzando no curso da investigação (Neves & Nogueira, 2005).

Caso fosse aqui considerada, a neutralidade seria claramente um grande equívoco. A começar pela questão que deu origem a essa pesquisa, que surgiu da prática profissional da pesquisadora já situada no campo como profissional e do contato com pessoas soropositivas. Dessa forma, no que diz respeito a aspectos éticos, essa proximidade com o campo torna-se ambígua. Por um lado, a facilidade de acesso aos informantes e a familiaridade com o problema de pesquisa. Por outro, o cuidado que foi necessário ter com o estabelecimento de considerações anteriores à utilização dos instrumentos de pesquisa a que se propôs utilizar. Esse é um perigo sutil, ao qual foi necessário ter atenção redobrada, considerando que o que se pretendeu foi de fato dar voz a esses sujeitos.

Inspirados, desta forma, pela teoria feminista, buscamos relativizar a pretensão de uma ética canônica, pensando em uma reconstrução desses parâmetros éticos. Não buscamos uma postura de neutralidade onde todos devem recorrer, mas sim, o reconhecimento da complexidade desses julgamentos, que também devem estar situados no tempo e na sociedade em que se encontram (Christians, 2006).

A partir dessa perspectiva, debruçamos criticamente sobre os efeitos dessa relação pesquisador e pesquisado na produção da presente pesquisa. Refletindo então, sobre nossa posição diante de nossos interlocutores, é que demos sequência aos trabalhos de investigação e nos surpreendemos com a receptividade e a espontaneidade que nossos informantes nos receberam.

A perspectiva feminista defende, também, que a postura ética em pesquisa apresenta uma forte vinculação com a crítica social, capaz de estimular a resistência e a capacidade para a ação coletiva. Assim, permite-se a transformação humana em diferentes eixos da vida em comunidade. Nessa concepção dialógica, os sentidos são reinventados. As teorias feministas vêm propor como eixo principal para o debate da ética em pesquisa, o que se traduz na reflexividade, ou seja, a aquisição de uma consciência crítica da própria *práxis* e do cotidiano (Christians, 2006).

No entanto, a reflexividade não se trata simplesmente de debruçar-se sobre os relatos que se produz, mas envolve também a consciência crítica refletida, assumindo uma postura de transformação dessa realidade ou da consciência que o senso comum tem dela. É importante estabelecer relações entre as vidas e as realidades sociais, culturais, políticas e econômicas que as circundam. Imbuídos desses argumentos, Fine, Weis, Weseen e Wong (2006) defendem uma postura contrária à anteriormente propagada, que é a da neutralidade. Ela argumenta que ao contrário de se buscar evitar os posicionamentos políticos, o pesquisador precisa deixá-los claros, porque suas decisões são traduções de seu conhecimento e posicionamento político diante do contexto que o circunda. Ela enfatiza que a posição da neutralidade implica na tentativa de anular a identidade do pesquisador e qualquer manifestação de sua subjetividade.

Enriquecendo a qualidade do debate, ela esclarece ainda que na relação entre pesquisador e informante, o primeiro solicita ao outro que esteja em uma atitude aberta e,

portanto, vulnerável, enquanto permanece em sua postura fechada, invulnerável escondido no que ela chama de “manto da neutralidade”. Ela defende então, a possibilidade de se trazer à tona a subjetividade do pesquisador, sem que isso aconteça de forma exacerbada, podendo fazer calar a voz dos informantes, pelo transbordamento de relatos autobiográficos (Fine et al, 2006).

Em síntese, é importante salientar a enorme responsabilidade ética que possui o pesquisador, principalmente com o que Fine et al (2006) chama de “a quem” se destina a pesquisa. Esse outro da pesquisa nunca é um “outro” coerente, unificado e os contextos, por sua vez, estão em constante transformação, suscitando novas e diferentes abordagens. Ela esclarece que não se pretende escrever para amigos, portanto, é importante a produção de textos que busquem remodelar o “senso comum”. Portanto, a prática da reflexão deve pautar todos os textos produzidos, para que as pesquisas não estejam afastadas de sua responsabilidade com o coletivo.

É pensando desta forma e no dever ético com a possibilidade de transformação social que deve ter a pesquisa científica, que consideramos importante realizar uma devolutiva aos nossos interlocutores. Percebemos durante todo o processo de investigação, que as invisibilidades foram muitas. Dessa forma, consideramos ser de grande importância para a ampliação do debate dessa temática realizar momentos de trocas de experiência entre os vários atores envolvidos nessa questão, tais como profissionais de saúde, usuários do serviço de assistência, seu entorno, como amigos, família e parceiros (as). Percebemos a necessidade de refletir de maneira ampliada essa problemática e pretendemos fazê-lo de forma concreta, a partir do incremento de rodas de conversa, seminários e encontros em pequenos grupos.

2.3. Olhar panorâmico: a utilização do mapeamento como instrumento de investigação.

A presente pesquisa recebeu aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFJF em 23/10/2015 e então se iniciou uma etapa piloto de trabalho de campo. Durante dois meses (dezembro e janeiro) foram entrevistadas pessoas atendidas no ambulatório de saúde pública-SAE. Estas pessoas foram escolhidas aleatoriamente e somente participaram aquelas que tiveram interesse e disponibilidade de participar do processo após assinatura do TCLE. Seguindo os mesmos critérios, após o processo de qualificação da dissertação, continuamos com as entrevistas estruturadas nos meses de março, abril e maio de 2016, objetivando o mapeamento, primeira etapa de produção de dados a que esse trabalho se propõe.

Os dados foram produzidos a partir das entrevistas com 82 pessoas e foram lançados no programa de estatística SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*), que os organizou para fins de análise. Interessou-nos especialmente conhecer as estratégias utilizadas pelas pessoas soropositivas e quais experiências foram por elas elencadas para que pudessem vivenciar seus desejos e direitos no âmbito do amor e do sexo. Desta forma, a intenção foi conhecer quais estratégias têm sido utilizadas pelos diversos indivíduos entrevistados de acordo com os contextos em que se encontram situados.

Somente a pesquisadora fez as entrevistas. Sua familiaridade e afinidade com a proposta qualitativa de pesquisa e a abundância das informações que emergiram para além do roteiro dificultaram um pouco a orientação a um foco mais restrito e direcionado, objetivando a produção de dados que pudessem depois ser convertidos em estatística. No entanto, considerando a importância, nesse momento, de se estabelecer um panorama mais geral e quantitativo das estratégias utilizadas pelas pessoas soropositivas para vivenciarem seus amores e sua sexualidade, mantivemos a intenção inicial de obter respostas para uma proposta quantitativa sem desconsiderar os relatos que ultrapassaram as questões realizadas.

Desta forma, procuramos considerar o que foi produzido estatisticamente e os demais relatos que emergiram. Com esse intuito, apresentaremos nesse trabalho os dados trabalhados pelo instrumento SPSS e iremos também, nos utilizar dos excertos que consideramos representativos para processo de análise.

Considerando que o mapeamento objetiva um contato inicial com a realidade das pessoas soropositivas e as possibilidades de reconstrução de suas vidas amorosas e sexuais, buscamos abranger um maior número de pessoas, a fim de entender de que forma estas reconstruíam suas vidas após a descoberta do diagnóstico positivo para HIV, se esse era um desafio para elas e, ainda, se tratava de um obstáculo de muitos e não apenas de alguns. Imaginávamos um olhar mais rasteiro de apenas um primeiro contato, para que depois pudéssemos aprofundar através das entrevistas para história de vida.

Planejamos assim, como instrumento de pesquisa, um questionário para utilizarmos como entrevista fechada, com respostas objetivas e simples, que seriam anotadas pelo entrevistador na presença de seu interlocutor, sem a utilização de um gravador. Acreditávamos não haver necessidade para esse primeiro momento.

Chegamos a pensar que não encontraríamos muita colaboração dos entrevistados, quando refletimos acerca das questões éticas envolvidas e da possibilidade desses acreditarem ou intuírem serem julgados em seu comportamento por um viés moral do pesquisador. Na concepção do então projeto, problematizamos a possibilidade de resistência de uma maioria, de encontrarmos silêncios às nossas indagações diante de situações tão íntimas, delicadas e perturbadoras.

Dirigimo-nos de forma aleatória aos que estavam aguardando consultas médicas, com serviço social, enfermagem ou psicologia e àqueles que esperavam por exames médicos e intervenções medicamentosas. Desta forma, convidamos individualmente 82 pessoas que estavam nas salas de espera do SAE e obtivemos o total de adesão. Não houve nenhuma

recusa em relação à participação dessa primeira etapa da pesquisa. Todos prontamente colocaram-se disponíveis e solícitos.

Para nossa surpresa, a questão de pesquisa agradou a todos. Havia, de forma geral, uma enorme carência em se falar a respeito, devido à dificuldade em se dividir essas questões com outras pessoas, por se tratar de algo íntimo e que envolve ainda bastante preconceito e não-aceitação social. Desta forma, encontramos pessoas felizes com nossa abordagem, surpresas em darmos relevância a essa questão e desejosas de falarem de si e suas histórias amorosas após o HIV.

Isto posto tivemos grande dificuldade com as respostas fechadas previamente estabelecidas como método para essa pesquisa. Consideramo-las para fins estatísticos por não descartarmos sua importância. Mas a riqueza dos relatos foi o que mais nos surpreendeu.

A fim de registrar o que emergia nesse momento no contato com os participantes, optamos por um diário de campo, onde realizamos todos os registros de relatos, com as diversas estratégias utilizadas por essas pessoas para encontrar saídas para suas vidas amorosas e sexuais. Os registros foram realizados na presença dos entrevistados, que mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foram informados do objetivo das anotações para o adequado andamento da pesquisa na utilização dos dados. Não houve oposição aos registros aqui obtidos. Portanto utilizamos o diário de campo como um dispositivo de informação para a pesquisa. De acordo com Oliveira (2014), trata-se de um mecanismo de registro de informações, que se configura como prática recente na pesquisa científica e onde podem ser registradas as diversas teias que envolvem cada momento de investigação no campo. Além de servir de instrumento reflexivo para o pesquisador, o diário é frequentemente utilizado como maneira de conhecer o que foi vivenciado pelos atores pesquisados, quando a problemática da pesquisa objetiva conhecer os significados que os participantes atribuem à experiência vivida.

Desta forma, longe de ser o objetivo central dessa pesquisa, consideramos ter sido o mapeamento de fundamental importância por principalmente três aspectos: fornecer uma ideia geral das principais estratégias que as pessoas soropositivas utilizam frente ao desejo/direito de (re) estabelecer experiências eróticas e amorosas; obter dados e acesso aos indivíduos para que fosse possível a seleção daqueles que participaram do segundo momento da pesquisa; e por fim, obter dados quantitativos para a possibilidade de negociação com fins de incremento de políticas públicas, que muitas vezes é facilitada mediante a apresentação de dados numéricos.

A amostra desta etapa foi aleatória, composta por pessoas soropositivas atendidas no Programa Municipal de DST/AIDS de Juiz de Fora, de acordo com os critérios:

1. Ter o vírus HIV.
2. Idade acima de 18 anos.
3. Sem critérios de gênero e orientação sexual.

O tamanho da amostra foi pensado em razão da proximidade e familiaridade com o campo de pesquisa o que tornou possível estabelecê-lo. É importante considerar que o ambulatório de assistência especializada para atendimento a pessoas soropositivas, local da pesquisa, apresenta 4559 pessoas cadastradas, sendo 3595 em acompanhamento e que circulam pelo serviço.

Foram analisadas as possíveis relações das estratégias escolhidas com os marcadores sociais da diferença para que fosse possível buscar um entendimento das influências e correlações para cada escolha. O mapeamento também forneceu informações necessárias para que fosse possível localizar os participantes para o segundo momento da pesquisa, quando a investigação foi feita a partir da perspectiva qualitativa.

2.4. Aprofundando nas trajetórias individuais que nos levam a produções coletivas - trabalhando com histórias de vida.

Nesta etapa da pesquisa, buscamos um olhar mais profundo da realidade que investigamos e das concepções que os indivíduos têm sobre ela. Cada ser possui sua história, com suas vicissitudes, valores, sonhos e experiências que são concretas, mas apresentam influências do contexto em que estão inseridas. Inspiradas em Minayo (1999), pretendemos não fazer oposição entre os dados quantitativos extraídos por essa pesquisa e os qualitativos, não considerando que haja oposição entre eles. Estes parecem se complementar abrangendo uma realidade que apresenta uma interação dinâmica e não dicotômica.

Elegemos então, a história de vida, em sua fonte oral como método para a produção dos dados nessa segunda etapa. Apresentamos como recorte dessa proposta, a trajetória de vida. Os relatos orais, segundo Gonçalves e Lisboa (2007) têm sido grande fonte de transmissão do conhecimento, sendo tão antiga quanto à própria história. As ciências sociais, segundo as autoras, passaram a valorizar a história oral, por considerar que dados estatísticos escondiam valores, comportamentos e emoções. Logo, com o tempo, a narrativa do ator social passou a adquirir importância por refletir os fenômenos sociais e assim, tornar possível sua compreensão.

Mediante tal reflexão, as autoras citam Giddens (1989) que advoga pelo fim dos imperialismos da subjetividade e da objetividade nas ciências, com a proposta de uma interação dialética que propõe o entrelaçamento entre a subjetividade e a estrutura social. Assim, o relato de um indivíduo sobre sua existência contém uma forte dimensão subjetiva, no entanto, não é possível a existência de uma subjetividade sem uma conformação social e cultural. De forma contrária e recíproca, não há cultura sem a subjetivação. É nessa interação que o indivíduo se torna sujeito.

Segundo as mesmas autoras, a história de vida através do relato oral, torna possível alcançar o geral sem a pretensão de uma síntese totalizadora. A partir de histórias de vida singulares, com suas trajetórias, o indivíduo traz elementos sociais relevantes próprios do contexto em que está inserido. É trabalho do pesquisador, construir as pontes com a estrutura social da qual faz parte, proporcionando uma compreensão singular de seu relato. Ainda em Gonçalves e Lisboa (2007):

O método da história oral utiliza diferentes técnicas de entrevista para dar voz a sujeitos invisíveis e, por meio da singularidade de seus depoimentos, constrói e preserva a memória coletiva. Pesquisadores que trabalham com história oral na Europa, e mais especificamente na Alemanha, utilizam as terminologias “biografia” e “trajetória de vida” como procedimentos metodológicos dessa abordagem.

. Elas seguem afirmando que a pesquisa com trajetória de vida é nova e que traz consigo a ideia de mobilidade. Elas citam Bourdieu (1989) a fim de esclarecerem o conceito de trajetória que segundo esse autor, trata-se de uma série de posições ocupadas por uma pessoa ou grupo em um processo contínuo de mudanças e transformações.

Foi a partir dessas referências que optamos pela história oral, modalidade trajetória de vida, a fim de construir nossa investigação, mediante a intenção de também emergir na esfera da subjetividade e do simbolismo, sendo necessário em razão do objeto de pesquisa, ter uma ferramenta metodológica que permitisse a realização de um estudo em profundidade. Ambos, pesquisador e participante foram inseridos em determinado contexto social, histórico e político (Minayo, 1999), que foram importantes de serem considerados. Assim, buscou-se penetrar nas experiências costuradas pelas ações e relações, que aos poucos foram adquirindo sentido. A utilização da entrevista em profundidade foi indispensável considerando o tema, que demanda um estudo fundamentalmente interpretativo.

Reforça-nos Paulilo (1999) que as pessoas através de suas histórias refletem o momento em que vivem e as características da sociedade em que estão inseridas. Desta forma, através das trajetórias de vida das pessoas pesquisadas, foi possível interrelacioná-las

com os contextos sociais que pertencem, chegando-se à compreensão de fenômenos que escapam à observação do pesquisador. Desta forma, a pesquisa com trajetórias de vida usualmente trabalha com pessoas que por algum motivo mudaram seu *status* e sua rotina, ocasionando mudanças em suas vidas.

Considerando essas referências teóricas, elegemos o método, com o objetivo de apreender as articulações entre a história individual e a história coletiva, estabelecendo uma ponte entre a trajetória subjetiva e a trajetória social. Gaulejac (2005) aponta que o objetivo do método da história de vida é ter acesso a uma realidade que ultrapassa a do narrador. Isto é, por meio da história contada da maneira que é própria do sujeito, tentamos compreender o universo do qual ele faz parte. Isto nos mostra a faceta do mundo subjetivo em relação permanente e simultânea com os fatos sociais (Gonçalves & Lisboa, 2007).

Para Spíndola e Santos (2003), o método leva em conta a perspectiva do sujeito em relação a sua vida e o ambiente em que está inserido, não sendo importante a veracidade dos fatos e sim, como esse sujeito pensa esses fatos. Então, o que interessa é o seu ponto de vista e a interpretação que ele dá. Para as autoras, nesse momento, o pesquisador é retirado de seu “pedestal” de suposto saber para escutar o que o outro vai dizer de si e o que ele seleciona como importante para dizer.

É possível acrescentar que, com base no que esclarecem Gonçalves e Lisboa (2007), a história de vida é um método que pode ser utilizado na pesquisa histórica, antropológica, sociológica, etc, cujo principal instrumento é a entrevista com pessoas que estejam ou já vivenciaram determinados feitos sociais, acontecimentos ou experiências. Assim, a entrevista em profundidade aproxima o pesquisador de seu objeto de estudo a partir dos depoimentos individuais, que traduzem fenômenos mais amplos, sejam eles históricos, culturais, de determinados grupos sociais, etc. Em cada história, o papel do pesquisador é então, o de estabelecer as correlações com os elementos sociais a que dizem respeito e considerar o

arranjo que esse indivíduo faz da sociedade na qual está inserido (Gonçalves & Lisboa, 2007).

Este método possibilitou uma análise em profundidade das trajetórias amorosas e sexuais individuais, a partir da descoberta do diagnóstico positivo para HIV, refletindo as práticas discursivas historicamente contextualizadas na realidade do HIV, amor e direitos sexuais. O instrumento que foi utilizado foi o de entrevista em profundidade, procurando privilegiar as narrativas dos próprios participantes. Isso significa que, tendo como fio condutor as questões geradoras de pesquisa, procurou-se conduzir o encontro com os participantes de modo que, sem a imposição de perguntas predefinidas, pudemos ter acesso às suas histórias de vida no que se refere ao tema da pesquisa. Desse modo, pretendeu-se privilegiar as narrativas dos próprios participantes. Estas foram gravadas e depois transcritas e analisadas.

Os critérios de inclusão foram estabelecidos da seguinte forma: o mapeamento realizado anteriormente serviu de instrumento para a constituição dessa amostra que foi formada por conveniência, quando foram selecionados participantes anteriormente contatados, considerando os que podiam ser representativos para a compreensão mais aprofundada do fenômeno, obedecendo aos critérios:

1. Encontra disponível e interessado em participar de um processo de entrevista em profundidade.
2. Apresenta condições e possibilidades de relatar oralmente suas experiências amorosas e sexuais na perspectiva do HIV.

De acordo com os critérios e referenciais teóricos anteriormente considerados, foram escolhidos quatro participantes. Por se tratar de entrevista em profundidade, com uma

temática árida e que gera inúmeros constrangimentos, optamos por pessoas que durante o mapeamento apresentaram-se mais disponíveis, com maior possibilidade de falarem de si e de sua história e que tinham interesse em colaborar com a pesquisa. Os quatro participantes atenderam de pronto ao convite feito pela pesquisadora, tiveram grande disponibilidade em colaborar e apresentaram narrativas profundas, fluidas, espontâneas, verdadeiras e carregadas de muita emoção. Tivemos momentos de choros, engargalos, risos, silêncios, dor, saudade, raiva e esperança. Devido ao tipo de entrevista e a característica das perguntas que passeavam por momentos de muita dor, a pesquisadora colocou-se disponível para outros encontros. Depois de cada entrevista, a pesquisadora contatou novamente os interlocutores a fim de saber como se sentiam após suas narrativas e todos foram unânimes em dizer que ficaram emocionalmente bastante mobilizados. Foram histórias carregadas de afeto e de muita emoção.

Os participantes foram escolhidos também considerando os critérios dos marcadores sociais de gênero, geração e orientação sexual, para que fosse uma amostra mais representativa e para que pudéssemos abordar nas análises as condições de desigualdade que esses marcadores produzem, de acordo com a temática da pesquisa. Assim, tivemos duas mulheres e dois homens, todos cisgênero²¹, três pessoas que se relacionam com indivíduos do mesmo gênero e um que se relaciona com o gênero oposto, dois jovens e duas pessoas mais maduras. Três foram infectados com o vírus por transmissão sexual e um por transmissão vertical. Apenas um encontra-se em relação amorosa estável e sorodiferente.

As entrevistas tiveram a duração média de duas horas cada uma, com narrativas bem livres, com poucas intervenções da pesquisadora. Os interlocutores escolheram os lugares onde pudessem sentir-se mais à vontade. Três foram entrevistados no próprio SAE, local

²¹ Cisgênero é a pessoa que tem identidade de gênero consoante com o sexo que lhe fora atribuído ao nascer.

onde já se sentem familiarizados e onde é possível obter conforto e privacidade. O último optou por fazer em sua casa, onde pôde oferecer um agradável café da manhã.

Por uma questão ética não iremos nos utilizar de dados que possam identificar os interlocutores. Assim, em cada entrevista propusemos que estes escolhessem uma metáfora que pudessem representá-los na redação dessa pesquisa. Todos gostaram da proposta e indicaram prontamente seus nomes, que aparecem no contexto das entrevistas como importantes enunciados.

3. A TEIA DISCURSIVA NOS (DES) ARRANJOS AMOROSOS E SEXUAIS.

Nas entrevistas de mapeamento e de história de vida, foi possível elencar quatro categorias de análise que foram comuns aos inúmeros relatos. Desta forma, dada a sua relevância, percebemos que estas merecem ser consideradas em um capítulo distinto das demais análises. Todas dizem respeito a importantes discursos que marcam a vida dos indivíduos que vivem com HIV, gerando impasses, conflitos e várias contradições e formam uma complexa teia que historicamente faz emergir o **sujeito soropositivo**. A proposta desse capítulo é lançar os discursos do risco, do amor, do sexo e da moralidade em torno da revelação, em sua perspectiva histórica, fazendo costuras pontuais com excertos de fala extraídos nos diversos encontros com nossos interlocutores.

3.1. O risco.

Aqui trataremos de estabelecer o ponto de partida sócio-histórico e cultural que nos serve de pano de fundo para a argumentação da produção de um sujeito que ocupa posições de “risco”. Buscamos nos pautar em um debate crítico a respeito das produções sobre o HIV e a aids na intenção de colocar em xeque a tendência social de normalização de práticas sexuais consideradas à margem e perigosas por denunciarem que as definições binárias entre homem e mulher, masculino e feminino, homossexual e heterossexual são pobres e não alcançam os corpos e desejos contemporâneos (Masseno, 2013).

A partir dos diversos estudos voltados para a prevenção da transmissão do HIV com foco no risco que a pessoa soropositiva apresenta ao parceiro soronegativo (Maksud, 2009) e dos discursos do início da epidemia ainda presentes, podemos considerar como importante fonte de análise a produção das subjetividades consideradas “risco”. Esclarecemos esse aspecto com a narrativa de um entrevistado da história de vida, de 34 anos, do gênero masculino e que faz sexo com homens:

*Até hoje, eu faço associação a **vampiros**, eu fico pensando que quem começou a história de **vampiro** deve ter sido um soropositivo porque tem toda uma lógica, alguém vem te morde e te contamina.*

Nosso interlocutor, atravessado pelo discurso do risco, percebe-se como alguém que oferece perigo ao outro, fazendo uma analogia a **vampiros**. A metáfora reproduz também a lógica da transmissão, que é por via contato físico - a mordida, fazendo analogia ao ato sexual. Nesse sentido, ele demonstra com sua narrativa, como passou a identificar-se com o risco, trazendo para si a imagem do **vampiro**. Na atualidade, essa permanece sendo uma dimensão bastante complicada, do ponto de vista humanista, despertada pela epidemia da aids. A imagem de fonte de ameaça de que é dotado o soropositivo está associada a essa enorme ampliação do discurso sobre o risco, que é estruturante da fronteira entre normalidade e doença (Amorim & Szapiro, 2008). A rigorosa divisão dá lugar a um controle excessivo do risco, o que provoca intolerâncias e preconceitos por se desejar e ser legítimo, preservar-se de situações de risco a qualquer preço (Lopes, 2011). Outra interlocutora da etapa de história de vida que constitui essa pesquisa, mulher de 21 anos, bissexual, conta-nos uma experiência de rejeição e abandono vivida em contexto de relação amorosa, por conta da concepção do risco:

*(...) o contato físico parou, ela antes me tocava, hoje não me toca mais, começou a me chamar de **peixinho do mar**. E igual minha madrinha falou: é de muito mau gosto ela me chamar assim.*

A metáfora **peixinho do mar** surge em uma enunciação do risco que ela passou a representar quando disse à sua companheira do HIV. Essa parceira, soronegativa, justificou o “apelido” dizendo que existem peixes que são venenosos, fazendo uma alusão ao seu sangue e a possibilidade “fatal” de contrair o vírus na relação com nossa entrevistada.

O risco advém de longa história e sempre poderemos perceber seus pontos em comum com os conceitos de pecado e norma, lembrando das influências geradas em nossa cultura pelo cristianismo. Esses conceitos se apresentam como formas de estabelecer regras para o

prazer. Como o conceito de norma, o risco pretende ser ao mesmo tempo verdade e lei. Pretende-se, com ele, estabelecer uma espécie de cálculo do futuro (Vaz, 2006).

O conceito de risco aparece articulado ao surgimento de uma questão ética. Ao pensarmos em uma ação, devemos considerar os obstáculos que teremos e se essa ação encontra-se adequada com certos valores morais. Ele se aplica na ocasião em que as pessoas precisam avaliar as possíveis consequências negativas de seus atos. O risco pode ser considerado como uma inversão no tempo em relação ao arrependimento. Este último acontece após uma ação considerada ruim e o primeiro, busca antecipar essa possibilidade, no momento em que são avaliados previamente os próprios atos, buscando estabelecer relações de causa e efeito (Vaz, 2006). Assim, nos coloca o mesmo interlocutor de 34 anos:

*(...) o que mais me machucou até hoje foi ouvir: você foi **culpado**, eu ouço isso das pessoas mais próximas, na minha casa.*

A culpa acima colocada foi em razão de ter se exposto a risco. Não somente ele se culpou por isso, como também sua família. Como poderia ele, sendo tão estudado, inteligente, conhecendo bem o HIV, viver uma situação arriscada? O que na maioria das vezes acontece é uma relação direta entre ação na direção do prazer e posterior arrependimento. Assim, o arrependimento traz ao prazer um caráter moral. Segundo Paulo Vaz (2006) a fórmula do arrependimento é: “se não tivesse feito o que fiz, não sofreria como sofro”. O sofrimento, nesse caso, é atual, não havendo incertezas, por isso, não gera conflitos, pois o observador no momento atual já problematizou sua relação com aquilo que jogou por terra suas crenças e seu controle, permitindo que a ação acontecesse, gerando sofrimento (Vaz, 2006). Ainda para este autor, o conceito de risco aplica-se a uma situação em que o indivíduo está diante da oportunidade de ter prazer e é incitado a considerar o que ele pensará no futuro se sua escolha tiver uma consequência negativa. A noção de risco quer que o indivíduo se arrependa antes mesmo de agir por ser possível vir a sofrer. As incertezas

acontecem porque de um lado, existe a possibilidade de se sofrer no futuro e de outro, não há garantias no presente que ele irá valorizar essas ações no futuro, podendo considerar que ter evitado as oportunidades de prazer tornou sua vida desinteressante.

Nessa direção, o pensamento de que cada indivíduo tem que fazer sua parte faz com que o controle do risco assuma um lugar de destaque, como poder de autovigilância e como meio de interferir nos comportamentos das pessoas em seu “próprio benefício”. Trata-se de um poder que parece operar em nome do todo, mas que desarticula as atitudes coletivas contra os riscos. Além disso, produz efeitos nas relações com o tempo, pois a sociedade normativa opera sobre corpos individuais no presente, mas está sempre amparada por uma viagem no tempo, com uma reflexão sobre um futuro no qual toda a intervenção do presente vai alterar seu resultado. Em síntese, o corpo trabalhado no presente estaria, no futuro, pronto a executar tarefas aplaudidas socialmente. Apresenta-se, então, como um projeto linear do tempo, apontado sempre para frente, que com inúmeras intervenções sobre o presente, poderia trazer um futuro profícuo cujos corpos estariam aptos para produzir e obedecer (Moraes & Nascimento, 2002).

Na área da saúde, o gerenciamento de riscos tornou-se ferramenta imprescindível para a elaboração de políticas públicas que tem sua história iniciada nas estatísticas de mortalidade e morbidade que passaram a ser organizadas no final do século XVIII e começo do XIX. A sistematização da avaliação de risco na área da saúde tem por consequência o surgimento da matemática do risco, que possibilita entender a progressiva organização e sistematização do risco, que vai dar à epidemiologia um lugar privilegiado nas decisões sobre saúde da população (De Luiz & Spink, 2013).

As estratégias de governamentalidade têm como ferramentas o cálculo de riscos em uma perspectiva populacional e são complementadas por estratégias que são direcionadas ao indivíduo, através do controle de si, pelo caminho da disciplina. Na contemporaneidade, essas

estratégias voltadas aos indivíduos integram os dispositivos de promoção de saúde (De Luiz, 2011) que, no caso da aids, aparecem com muita contundência nas ações de prevenção, inclusive em campanhas midiáticas.

Diante desse panorama, práticas não consideradas como propiciadoras de saúde por escaparem às prescrições, tendem a ser demonizadas. Para Spink (2001), a educação em saúde apropriou-se da noção de risco, tendo apresentado as opções aos indivíduos de “estar em risco” ou “correr riscos”. Para ela, essas noções encontram-se amparadas no nível de controle individual da exposição aos riscos. Então, dependendo das situações, as pessoas teriam menor ou maior controle, desde que elas possuíssem certo nível de informação e motivação para tal. Estes riscos aparecem relacionados com a disciplina e com a opção individual.

Nessa perspectiva, as políticas de prevenção passam a ser direcionadas à cautela em relação às possibilidades de eventos negativos, que devem ser reduzidos ao máximo. Diante do discurso que consagra a prudência como um dos valores mais prezados e convenientes, não causa espanto que a segurança passe a ser uma grande necessidade social e que a incerteza comece a povoar as subjetividades, pautadas no individualismo e crescente descrédito com relação à ação política. A gestão de si passa a ser individualista, refratária aos coletivos e fortemente apolítica. Nessa lógica social que articula risco e medo, é o futuro que passa a determinar e moldar o presente. Essa modelagem é então realizada sob a forma da prevenção, da prudência e do medo, e não mais sob os ímpetos da construção, dos desejos ou até mesmo das utopias (Sibilia, 2004). Outro participante, jovem de 22 anos, que se relaciona com mulheres, utiliza dos argumentos na entrevista para mapeamento:

*Comecei a namorar uma menina e fui logo contando que era soropositivo. No início, ela aceitou bem. Mas depois, começaram os problemas. Para mim também. Toda vez que a gente se relacionava, eu ficava preocupado, **tenso com uma possível infecção**. Não relaxava. **Resolvi terminar**.*

Assim, mediante a possibilidade do risco na relação, os conflitos aparecem e representam um grande desafio na vida desse casal. Ele se retrai, não reflete sobre a relação e busca no término, o fim dos impasses encontrados. Sibília (2004) considera que prevenir o pior ou, pelo menos, adiar sua chegada é a prescrição da atualidade, pois não é possível eliminar os riscos. Estes só são passíveis de serem parcialmente controlados, lançando mão da prudência, do "sacrifício" e de privações, através da gestão de si, que envolve não somente o autocontrole, mas também um conjunto de práticas bio-ascéticas. Basta, portanto, encontrar-se em permanente estado de alerta imbuídos de informações sobre riscos e sobre as diversas formas de contorná-los para que sejam tomadas as decisões prudentes e adequadas. Assim, a responsabilidade individual constitui base de uma série de novas condenações morais, que têm o corpo como seu principal alvo e campo de ação. Nesta lógica, toda impureza orgânica deve ser repelida. Assim, novas formas de ascetismo se desenvolvem (Sibília, 2004).

Nesse sentido, no caso da aids, Pelúcio e Miskolci (2009) argumentam que os discursos de risco passaram a deixar marcas profundas no imaginário social, que apesar da alteração progressiva de seus enunciados de “grupo de risco”, para “comportamento de risco” e posteriormente, “práticas de risco”, os signos risco e perigo continuaram tendo conotações similares, por aparecerem sempre atrelados a práticas sexuais consideradas perigosas. A dimensão do risco também aparece em muitos relatos de pessoas em distintas relações. Uma mulher de 20 anos nos diz que está namorando uma mulher e que sua namorada toda vez em que brigam, fala do HIV. Diz-nos ela:

Ela dizia que eu a estava expondo durante muito tempo ao vírus e à possibilidade de se infectar. E eu, por minha vez, não conseguia passar confiança pra ela. Que segurança eu poderia passar?

Esse conflito foi vivido por um casal de mulheres, cuja parceira soropositiva apresenta carga viral indetectável. As duas utilizam-se também de práticas seguras em suas relações.

Ainda assim, o risco permeava a relação, gerando inúmeros conflitos e acusações. Ele também não era visto como algo que dizia respeito as duas, mas de responsabilidade individual de nossa entrevistada. O relacionamento não era percebido como arriscado e nesse sentido, de responsabilidade de ambas o seu gerenciamento, mas a própria entrevistada havia materializado o risco, passando a significá-lo na relação. Assim, a pessoa que ocupa a posição de risco é percebida pelo outro por um viés moral, que anula a realidade orgânica que oferece de fato poucas possibilidades de uma infecção.

Mas como se deu a produção do sujeito considerado risco, trazendo para si a metáfora do que se deve temer e evitar? De que forma foi feita essa passagem do risco presente na vida, em determinadas ações e comportamentos para um determinado sujeito que passa a representá-lo, ocupando socialmente tão bem esse lugar? No caso da aids, devemos considerar as estratégias de normalização e controle utilizadas por um biopoder, (Foucault, 2005) e nesse sentido é pertinente problematizar os estudos epidemiológicos articuladores de discursos e práticas, assim como as campanhas de prevenção utilizadas principalmente no início da epidemia no Brasil, que foram pautadas no medo. Tais campanhas já apontavam para essa virada de evitação coletiva não mais da situação arriscada, mas das pessoas que eram enunciadas no início da epidemia como “grupos de risco” (Rodrigues & Perucchi, 2015).

Para esse entendimento da questão, parece pertinente buscar em Foucault o conceito de biopoder e sua atuação normalizadora sobre os corpos. Segundo Foucault (2005), nos séculos XVII e XVIII, emergiram as técnicas de poder centradas no corpo individual, cuja preocupação era aumentar sua capacidade produtiva, apresentando-se como uma forma de intervenção e vigilância específica, que ele chamou de disciplina. Foi a partir do século XVIII, com o advento das preocupações com a população, que houve uma tendência a

expandir os controles através da norma, fazendo emergir o que Foucault conceitua como biopolítica (2005):

Logo, depois de uma primeira tomada de poder sobre o corpo que se fez consoante o modo da individualização, temos uma segunda tomada de poder que, por sua vez, não é individualizante, mas que é massificante, se vocês quiserem, que se faz em direção não do homem-corpo, mas do homem-espécie. Depois da anátomo-política do corpo humano, instaurada no decorrer do século XVIII, vemos aparecer, no fim do mesmo século, algo que já não é uma anátomo-política do corpo humano, mas que eu chamaria de uma "biopolítica" da espécie humana. (p.289)

Assim, através das estimativas estatísticas, passa-se a elaborar previsões sobre maior ou menor risco de enfermidade para os indivíduos. A morte configura-se como sendo a falta de poder, o seu extremo, considerada pela biopolítica como um fracasso do controle, sua ausência, seu contraponto, como esclarece Foucault (2005, p.296): [...] “o poder intervém, sobretudo nesse nível para aumentar a vida, para controlar seus acidentes, suas eventualidades, suas deficiências, daí por diante a morte, como termo da vida, é evidentemente o termo, o limite, a extremidade do poder”.

É ainda Foucault (2005, p.300) quem revela como, a partir do avanço médico do século XIX, houve uma valorização da sexualidade. Desta maneira [...] “a sexualidade está exatamente na encruzilhada do corpo e da população. Ela depende da disciplina, mas depende também da regulamentação”. Considerando a aids uma epidemia que é transmitida principalmente por via sexual, os riscos passaram a estar focados nas sexualidades consideradas dissidentes chamadas de “grupos de risco”. Desta forma, pessoas consideradas “promíscuas”, tornaram-se alvo prioritário das acusações sobre a propagação da epidemia, passando a ocupar o lugar de risco e a ciência passa a ter com estes grupos um controle redobrado. Surgem assim, diversas iniciativas de biopoder para o controle do risco e diversas campanhas preventivas passaram a ser realizadas.

É então importante salientar como os discursos são importantes para a produção de subjetividades nas sociedades constituídas pelo biopoder. Assim, pela repetição dos discursos

na vida social, subjetividades e corpos são constituídos. Para Rodrigues (2012), o poder representado pela mídia, atravessa todo o corpo social, produzindo discursos sobre a aids. De uma forma basicamente prescritiva, passa a constituir como um meio de propagar e fomentar o controle dos corpos, como um importante instrumento de formação da opinião pública e de difusão “normativa” de preceitos. Apesar de sua invisibilidade no papel de controle social, a mídia consegue alcançar grande eficácia tanto no campo do real como no do simbólico.

Também com uma proposta de análise do papel dos discursos governamentais acerca da aids, Rodrigues e Perucchi (2015) aprofundam esse diálogo com a reflexão de que não tem havido transformações muito significativas nos propósitos das campanhas ao longo dos anos. As mudanças que aconteceram foram no sentido de haver hoje, maior sofisticação nos discursos e na forma como os indivíduos são convidados a se posicionar. Atualmente, por exemplo, a normatização é do comportamento sexual considerado de risco, estratégia essa, de caráter ainda bastante prescritivo. Fica claro no estudo que as autoras apresentam que as estratégias de prevenção adotadas não operam de fato uma renovação das ações. Estas constatações que os elementos discursivos se repetem em distintas campanhas, apenas com diferentes roupagens.

Ecoando o que dizem as autoras, é fundamental ressaltar a forma como as experiências sexuais são produzidas por diversas estruturas sociais, culturais, econômicas e políticas. Com essa preocupação, associando os enunciados presentes em diversas campanhas, como amor, paixão e sexo, torna-se possível perceber como as identidades sexuais são formadas e transformadas, a partir de relações de poder e de dominação, estruturantes das relações sociais e sexuais, interferindo de forma contundente na seleção de possíveis parceiros.

O poder contemporâneo para Vaz (1999) passa a ser o da informação centrada no risco e carregada de advertências, transformando-se em significativo convite para a

moderação. Tal moderação direcionada às pessoas soropositivas, como forma de evitá-las, segundo Rodrigues (2012), justifica-se através da crença de que o “mal” passou a estar corporificado também na figura desses indivíduos que através dessa comunhão, passam a representar o que fizeram, por trazerem para si a responsabilidade da infecção pelo vírus.

Propomos ainda, duas questões que consideramos importantes para o fomento da reflexão acerca das experiências sexuais e amorosas no contexto da aids frente aos discursos de risco. Como é possível ser racional na relação afetiva e sexual? Como lidar com o desejo cuidando para fazer cotidianamente um “sexo seguro”? São reflexões que estão amparadas em um universo pós-aids, e que ganham relevância ao considerarmos pessoas frente a situações de sorodiferença (Amorim & Szapiro, 2013).

3.2. A moralidade entre o segredo e a revelação.

Várias reflexões puderam ser articuladas a partir das entrevistas realizadas para essa pesquisa. Emergiram provocando conflitos e tensões, que muitas vezes podem parecer quase intransponíveis. Deve-se contar? Se sim, qual o momento para dizer do diagnóstico? Corre-se algum risco em ser abandonado, rejeitado em razão do diagnóstico? Nesse caso, é de direito não revelar? Quais os limites entre direito sexual e direito à saúde do parceiro e de que forma a revelação ou não do diagnóstico atravessa essas questões? Os conflitos relativos à revelação e ao silêncio apareceram com muita contundência na ocasião dessas entrevistas. Uma informante de 54 anos, disse estar a oito anos em um relacionamento constante, mas de encontros eventuais, cujo parceiro desconhece seu diagnóstico e para quem não pretende revelá-lo. Diz ela: *“Ninguém quer saber da gente não! Se contar, quem vai querer?”*.

Considerando ser o silêncio o “estado de quem se cala”, sigilo, segredo, segundo o Dicionário Aurélio (2015), torna-se necessário ir além no debate, problematizando quem é esse ser que ocupa a posição de se calar. Entender seus motivos, sentimentos e preocupações

que o fazem calar. É necessário também conhecer o que se tem dito acerca do silêncio. Partimos do pressuposto foucauldiano que o não dito também é uma forma tão ou mais importante que a fala literal de transmitir e produzir verdades, transformando o calar em importante enunciado. Na análise do discurso proposta por Foucault, no jogo ambíguo entre segredo e divulgação, entre a palavra e a escuta, as posições de sujeito muitas vezes, não podem ser trocados. Nesse caso, a imposição da revelação passa a representar a apropriação do segredo e as relações aí estabelecidas em jogos de poder (Foucault, 2014b).

A falta de informação e o preconceito que rondam a vida das pessoas com HIV dificultam muito o processo de revelação ou silêncio acerca do próprio diagnóstico às pessoas com quem se convive. Algumas pessoas chegam a divulgá-lo como uma saída política, a fim de diminuir a discriminação. Mas em grande parte, elas optam por manter seu diagnóstico em segredo, por considerarem demasiado difícil, em nossa sociedade, compartilhá-lo. Desta forma, ocultá-lo tem sido uma estratégia utilizada por muitos soropositivos, em razão do HIV ser contraído por meio de relações sexuais e tão atravessado por discursos excludentes e normatizadores (Nascimento, 2007).

Para Foucault (2014b), as experiências sexuais tornam-se legítimas na vida do casal conjugal. Em torno do casal o sexo se cala. Cabe a este o direito de falar e/ou manter-se em segredo. No entanto, na parceria sorodiferente, quando o diagnóstico não é conhecido de ambos, existe apenas um membro detentor de um segredo, ou de segredos diversos, colocando em cheque a identidade de casal.

O vírus do HIV é transmitido também e principalmente por via sexual. Desta forma, revelar o diagnóstico implica em falar de sexo e de sua própria vida sexual, o que nos possibilita construir um paralelo entre os silêncios organizados em torno do diagnóstico soropositivo e a intrincada organização de espaços de silêncios e discursos em relação ao sexo e a vontade de saber das instâncias de poder, descrito por Michel Foucault (2014b). Ele

argumenta que foi construído em torno do sexo um imenso aparelho de produção de verdades, que ao mesmo tempo, busca dissimulá-las. Assim, ele esclarece:

O importante não é que o sexo tenha sido somente objeto de sensação e prazer, de lei ou de interdição, mas também de verdade e de falsidade, que a verdade sobre o sexo tenha se tornado essencial, útil ou perigosa, preciosa ou temida; em suma, que o sexo tenha se constituído como objeto de verdade. (Foucault 2014b, p.63)

Entre direitos e deveres de ambos os componentes de uma relação sorodiferente encontram-se diversas nuances, possibilidades que necessitam ser problematizadas, ainda que não sejam encontradas respostas, verdades éticas, caminhos únicos. Por um lado está o sujeito soropositivo, seus direitos a uma vida plena e a vivência sexual. De outro, o (a) parceiro (a) com seu direito a tomar conhecimento de um diagnóstico que potencialmente o coloca em risco pela infecção do vírus. Desta forma, para Calais (2012) na relação surge uma dinâmica paradoxal e cheia de tensões, na qual se impõe o segredo ao soropositivo, ao mesmo tempo em que é pressionado a confessar, a revelar-se.

Essa situação de menos potência diante do outro em uma relação de casal faz da revelação um grande impasse na vida desses indivíduos. Revelar ou não, não é uma escolha livre. Na verdade, o poder de decisão sobre a revelação não está nas mãos da pessoa soropositiva, que tem no segredo, muitas vezes, instrumento de proteção de si mesmo, dos julgamentos do outro e da possibilidade de uma situação de abandono. Nesse caso, a revelação parece assemelhar-se ao ritual de confissão cristã, que segundo Foucault (2014b) trata-se de um ritual do discurso, que se desenrola em uma relação de poder, onde existe um interlocutor capaz de avaliar, julgar e perdoar. Desta forma, uma participante de 55 anos, que se relaciona com homens e que considera que não será bem quista pelo outro ao dizer de si, desabafa:

Há quatro anos estou namorando uma pessoa que não tem o vírus e ele não sabe que eu tenho. Estou muito cansada disso tudo e até me afastando um pouco, porque é horrível viver assim. Morro de medo. Tenho que esconder meus remédios... Tenho que esconder tanta coisa...

Essa mulher já prevê o julgamento e a condenação moral imposta pelo outro, o namorado. Permanece assim em silêncio, mas não sem culpa, não sem peso. O medo da descoberta como alguém que esconde algo ilícito é permanente. O próprio gesto de esconder já é considerado indigno. Relata seu sofrimento e dificuldade em relação ao silêncio e os artifícios que tem que utilizar para conseguir manter escondido seu segredo. Passa a pensar em afastar-se, tão grande o desconforto.

Nesta direção, os discursos passam a organizar silêncios e produzir poder. O saber sobre o sexo, se divulgado, perderia sua graça e sua virtude, deixando sua revelação reduzida a algumas instâncias de poder, fazendo emergir a confissão cristã que passa a desempenhar um papel central na ordem dos poderes civis e religiosos. Incorporada nas mais diversas práticas sociais, a confissão hoje já nos é imposta a partir de muitos pontos diferentes e está tão profundamente arraigada em nossa sociedade, que nem percebemos seu poder nos coagindo com a imposição da verdade. Chegamos a acreditar, ao contrário, que essa verdade precisa ser liberta necessitando, em todo momento, ser divulgada. Acreditamos que ela só não vem à tona, porque a contemos à força. No entanto, a verdade não é livre por natureza e trazê-la à tona é uma proposta infiltrada por relações de poder (Foucault, 2014b).

Com esse intuito, a confissão passa a ser uma das técnicas mais valorizadas para a produção de verdade. Nossa sociedade transforma-se então, em uma sociedade de confissões, difundindo amplamente seus efeitos para além do ritual cristão. Ela passa a adquirir efeitos e formas diversas, estando presente nas consultas, interrogatórios, autobiografias, cartas, etc. Esclarece-nos Foucault :

A confissão difundiu amplamente seus efeitos: na justiça, na medicina, na pedagogia, nas relações familiares, nas relações amorosas, na esfera mais cotidiana e nos ritos mais solenes; confessam-se os crimes, os pecados, os pensamentos e

desejos, confessam-se passados e sonhos; confessa-se a infância; confessam-se próprias doenças e misérias; emprega-se a maior exatidão para dizer o mais difícil de ser dito [...] Confessa-se - ou se é forçado a confessar. Quando a confissão não é espontânea, ou imposta por algum imperativo interior, é extorquida, desencavam-na na alma ou arrancam-na do corpo (Foucault, 2014b, p.66).

A revelação, desta forma, não é naturalmente libertadora. Todas as vozes que nos fizeram acreditar em nossa civilização que falar de quem somos, do que fazemos, o que pensamos e do que tememos ou desejamos, foram, para Foucault, instrumentos de sujeição dos indivíduos.

No entanto, o que se crê é que no ritual da revelação, com seu forte parentesco com a confissão, onde o sujeito do discurso coincide com o sujeito do enunciado, é que a enunciação irá produzir em quem a articula, diversas modificações, inocentando-o, resgatando-o, purificando-o, por esta sempre acontecer na presença de um parceiro, que não se trata apenas de um interlocutor, mas de quem avalia e julga. Ainda para Foucault (2014b), o que se encontra na dimensão do segredo normalmente encontra-se em situação de abjeção. Desta forma, a dominação não está ao lado de quem fala, pois este está pressionado a falar, mas do lado de quem escuta e interroga. A revelação, então, adquire efeito não em quem escuta, mas em quem fala. O caráter de confissão aparece no relato de um jovem homem de 25 anos, que se relaciona com mulheres, preocupado em contar do vírus para sua namorada, que segundo ele é muito jovem e ele tem se preocupado com sua maturidade ao avaliar/julgar essa questão. Ele esclarece:

Estou namorando e inclusive com carga viral indetectável e CD4 super bom. Estou bem. Mas meu conflito é que minha namorada é muito novinha e eu ainda não sei como dizer para ela o que eu tenho.

Nosso interlocutor paralisa-se diante da questão: como contar para que ela, sendo tão nova, entenda. A dúvida aparece carregada pela crença de que se trata de algo difícil de compartilhar, de ser entendido e de ser aceito. Afinada com essa reflexão, uma informante de 46 anos, que se relaciona com homens, mantendo-se em segredo na relação, chama-nos a

atenção nos dizendo que “vivo atormentada, com medo de alguém contar para ele” (o parceiro). E ainda completa dizendo de sua angústia e pressão: [...] “é ruim enganar os outros, né?”. Fica claro no sofrimento dessa entrevistada a situação de exclusão que o segredo lhe reserva. Vive **escondida** de seu parceiro, **enganando** e com **medo** de alguém contar, indicando a conotação moral dada ao ato de esconder-se, como um comportamento à margem, inadequado, mal visto.

O saber científico corrobora com o discurso, mas passa a demarcar os membros de uma díade com distintas sorologias, não mais como culpados ou vítimas, mas como anormais ou portadores de algo patológico. A verdade a ser revelada é tida pela ciência como algo do biológico, mas é muito mais complexa, por trazer consigo implicações sociais, afetivas e sexuais. Desta forma, estabelece-se uma relação binária no casal entre saúde e “doença” (Pereira, 2001).

Isso se dá através da maneira pela qual a infecção é pensada. Os sujeitos contaminantes são produzidos pelos discursos do dispositivo da aids e são estabelecidas maneiras de separar, demarcar, purificar e ordenar o corpo social por via dos vários saberes científicos. Busca-se manter a assepsia social através do controle daquelas pessoas marcadas por serem portadoras de algo infectocontagioso (Pereira, 2001). O puro e o impuro são fenômenos que passam a transcender a esfera biológica, por apresentarem marcas que estabelecem coerência cultural, naturalizando e impondo posturas. Vale trazer o exemplo de outro relato, que demonstra os quão excludentes são os discursos que, assim, acabam por produzir segredos com a finalidade de autoproteção. É esclarecedora a fala de outra informante de 25 anos, que se relaciona com homens:

Depois que recebi o diagnóstico positivo para HIV, comecei a namorar e logo depois contei a ele sobre meu diagnóstico. Ele terminou a relação logo depois que eu contei. Por isso, fiquei bastante tempo sozinha. Comecei a me relacionar de novo, mas só tive coragem de contar para esse namorado 11 meses depois, porque íamos nos casar. Casamos primeiro e só depois contei.

Nesse sentido, o segredo foi mantido até que o vínculo entre o casal fosse considerado seguro suficiente para garantir que não haveria uma situação de julgamento e abandono – o casamento. Devem-se centrar forças para que os sujeitos possíveis de infectar sejam controlados, a ordem estabelecida e definidos os limites sociais. Dá-se, assim, o que Judith Butler (2002) denomina de sujeito abjeto, que diz respeito a todos os indivíduos cuja materialidade não é considerada como importante. Esse considerar é que caracteriza a abjeção, por se tratar de um processo discursivo e não somente dos corpos, mas da maneira como eles emergem nos discursos. Nessa perspectiva, esclarece-nos outro participante de 40anos, do gênero masculino e que se relaciona com mulheres:

É muito difícil, porque como eu vou chegar perto da mulher e falar? De repente, uma em mil pode aceitar. Ou você não conta ou conta e perde a pessoa.

A exclusão, nesse relato, parece evidente ao sujeito, caso revele seu diagnóstico. Para esse participante de uma entrevista para mapeamento, a encruzilhada moral não oferece muitas saídas. Assim, consolidam-se identidades fundamentadas na exclusão e na dominação. Na elaboração de Butler, a identidade de um “eu hegemônico” funda-se na rejeição de um outro que é abjeto, e a construção de uma identidade culturalmente hegemônica solidifica-se a partir da edificação de identidades deterioradas (Pereira, 2001).

Este processo vai além da detecção da impureza ou de quem a representa, tratando-se também de “retirá-la” do meio social, limitando o que é perigoso. É possível, então, relacionar a possibilidade de infecção do HIV com abjeção. Aquele que está sujeito a infectar deve ser excluído porque é possível concluir que se trata de alguém que ultrapassou os limites. São formas de pensar a construção dos outros e de com eles se relacionar. Assim, o sujeito possível de transmitir o vírus torna-se perigoso por sua eminente desordem, daí a necessidade de estabelecer limites, de separar, de demarcar, de purificar. Em um relato longo,

extraído de uma entrevista para história de vida de um homem de 48 anos, que faz sexo com homens, melhor ilustramos essa questão:

...eu lido muito bem com isso, mas o HIV ele não tem vida pra mim, ele não é importante, mas pra outras pessoas ele é. Então o HIV é mais importante do que eu. Então eu existo até o momento que eu revelo que tenho o HIV, é como se tivesse um eu antes e depois. Então eu existo, sou um ser até que eu me revele que tenho HIV, aí eu viro um espectro, a pessoa deixa de me enxergar, só enxerga o HIV.

Esse entrevistado após sofrer inúmeras rejeições ao contar aos parceiros de sua soropositividade, opta por permanecer só. O sentimento de “não-eu” de ter se transformado em outro sujeito aparece em seu relato, quando esclarece aos parceiros sua condição sorológica, tornando-se aos olhos do outro, um ser abjeto, rejeitado e excluído. Os indivíduos soropositivos, desta forma, são atravessados por esses discursos, que produzem práticas também auto-excludentes, como forma de evitar passar pelo processo de dizer ao outro do próprio diagnóstico e, com isso, expor-se a uma possível situação de rejeição. Nesta direção, três diferentes sujeitos apresentam relatos bastante similares. Primeiro, de 28 anos:

Depois do diagnóstico, não consigo mais me relacionar. Se nem eu aceito o que eu tenho como esperar que o outro vá aceitar?

Segundo, de 26 anos:

Estou sozinho e não vou me relacionar com mais ninguém. Vou morrer sozinho, porque não quero contar isso pra ninguém.

E, por fim:

Estava sozinho antes de ter o vírus. Mas agora vai ser mais difícil, né? Como vou falar disso?

Em síntese, na dinâmica da revelação é a exclusão que está em jogo. O sujeito se exclui ao se manter em silêncio, guardando para si o que considera ser indigno de ser compartilhado. Todavia, pode também ao revelar-se, ser excluído pelo outro que o escuta e avalia. Desta forma, a importância do entendimento do lugar que ocupa esse sujeito frente a esse outro e/ou aos segredos que mantém.

Movidas pelas reflexões propostas por nossos interlocutores, em que a revelação do diagnóstico parece encontrar seu ponto de impasse, fez-se necessário pensar acerca da possibilidade de intervenção dos profissionais de saúde a dizerem do diagnóstico de pessoas por eles atendidas em circunstâncias em que essas não revelam a própria condição àqueles com quem se relacionam afetiva e sexualmente. A **revelação compulsória**, nome dado a esse procedimento que acontece à revelia das pessoas soropositivas, segundo Silva e Aires (2009), tem sido motivo de debates e investimentos em países como os Estados Unidos. No entanto, no Brasil, esse pleito de comunicar o diagnóstico a parceiros sexuais não tem tido muita visibilidade na área da saúde, não merecendo muito destaque por instituições oficiais. Mas, de acordo com os mesmos autores, o assunto tem sido motivo de preocupações por parte de profissionais que trabalham diretamente com indivíduos que vivem com HIV. Essas dúvidas normalmente acontecem quando as pessoas atendidas recusam-se de alguma forma a comunicar seu *status* sorológico. A inquietação profissional acontece mediante o “dever” ético ou moral de interromper uma possível cadeia de transmissão.

Foi possível perceber na análise anterior, com base em depoimentos das pessoas soropositivas, como o momento de revelação do diagnóstico a parcerias estáveis configura-se em um grande impasse, gerando inúmeros conflitos e dificuldades. Veremos também, no capítulo de análise que se segue, pessoas que descobriram o diagnóstico de parceiros através de terceiros. Pensando nas duas posições e o quanto representam vulnerabilidades de inúmeras ordens, julgamos pertinente trazer à tona essa discussão. Trata-se, no entanto, de um caminho reflexivo arriscado por se referir a um problema ético complexo, que esbarra em direitos antagônicos dos membros do casal.

Quando essa questão é abordada, percebe-se uma tendência dos estudos em priorizar os direitos de quem desconhece o diagnóstico de seu parceiro. Parte-se então, do pressuposto de uma exposição inevitável ao risco na relação. No entanto, quase não se aborda em

literatura, essa questão relacionada à dificuldade das pessoas soropositivas em dizer de si ao outro em suas relações que envolvem erotismo e amor. Muitos aspectos encontram-se envolvidos nessa questão que precisam ser pensados. Buscaremos refletir a respeito, trazendo à tona a perspectiva das pessoas soropositivas diante desse desafio, mas sem a pretensão de encontrar uma saída fácil para essa questão tão complexa. Pretendemos somente, trazer ao debate aspectos ainda pouco discutidos, a fim de ampliar as possibilidades de reflexão.

Com esse enfoque, um primeiro aspecto que pretendemos abordar é: o que justifica a revelação compulsória por parte dos profissionais é o pressuposto do risco na relação. No entanto, desconhece-se, diante das possibilidades de prevenção que vão além do uso do preservativo, se o membro supostamente soronegativo do casal encontra-se de fato em risco. Nesse aspecto, vários fatores irão interferir nessa questão, tais como a carga viral do indivíduo, sua adesão e compromisso com o tratamento, seu acesso a preservativos e conhecimento acerca de PEP sexual. É necessário ressaltar que um estudo recente realizado na Inglaterra, com casais homo e heterossexuais durante dois anos, não houve nenhum caso de infecção entre os membros cujos parceiros soropositivos mantiveram sua carga viral indetectável. O estudo foi realizado com 1110 casais (Rodger *et al*, 2014).

Outro aspecto importante a ser refletido é a responsabilidade do membro soronegativo com a própria prevenção. Tendo como referência a orientação dada a profissionais de saúde expostos a riscos biológicos, que não incluem obviamente somente o HIV, as precauções são tidas como universais, ou seja, é preciso usar as normas de biossegurança com todas as pessoas. Nesse sentido, é necessário lembrar que a maioria das pessoas soropositivas desconhece seu próprio diagnóstico, desta forma, a utilização de práticas seguras é de responsabilidade de todos.

Instigadas por esse raciocínio, permanecemos ponderando acerca dessas variadas perspectivas e trazemos como auxílio teórico, o estudo de Costa (2014). A autora busca no

barebacking – que significa cavalgar em pelo – auxílio para problematizar essa questão ética que propõe relativizar os riscos que se corre. Essa prática consiste em uma exposição consciente ao risco de se infectar com HIV, através de relações sexuais sem o uso do preservativo. Nessa prática, encontramos os “*bug chasers*” (aqueles que se expõem ao risco) e os “*gifts givers*” (soropositivos que ofertam o risco). Mas segundo a autora, alguns textos da literatura médica internacional passaram a ressignificar essa prática, considerando-a como qualquer outra relação desprotegida. Com esse pensamento, todo indivíduo que se relaciona em qualquer contexto, sem o uso do preservativo é considerado um “*barebacker*”, por sua exposição ao risco.

Tal prática tem inúmeros sentidos de acordo com os sujeitos e o contexto em que estes se inserem. No entanto, esse exemplo é paradigmático para considerarmos, assim como coloca a autora, que toda prática sexual sem nenhum método de prevenção é uma prática de exposição consentida a riscos, sendo eles negociados, abertos, explícitos ou não. Partimos desse pressuposto para considerar que o risco nesse sentido é relacional. Faz parte de diversas modalidades de interação erótica entre os seres. Dessa forma, a responsabilidade deve ser compartilhada e vista como algo inerente à relação que se estabelece.

Não podemos deixar de considerar, no entanto, que existe alguém na relação que sabe de algo que o outro desconhece quando o diagnóstico não é compartilhado. Nesse sentido, o conhecimento do nível de exposição do outro é maior, exigindo do ponto de vista ético uma responsabilidade maior em relação aos cuidados de prevenção. Também não defendemos o segredo nas relações. Mas precisamos relativizar a necessidade de uma revelação compulsória por um terceiro que não faz parte da relação e que desconhece os momentos e as (im) possibilidades de cada sujeito.

Nesse ponto da reflexão é preciso retomar aos conceitos de autonomia e heteronomia, trabalhados por Godoi (2013). Segundo a autora, autonomia vem do grego: *autos* = "o

mesmo", "ele mesmo", "por si mesmo"; e nomos: "compartilhamento", "lei do compartilhar", "instituição", "uso", "lei", "convenção". Assim, ela é considerada como a capacidade de o sujeito determinar sua própria forma de agir, de acordo com suas próprias possibilidades. O contrário de autonomia é heteronomia, que é a determinação externa, e não por vontade do sujeito, das normas a que ele deve seguir. A heteronomia é a (des) autonomia ou a ausência de autonomia: quem decide pela pessoa é um outro.

Imbuídos desse raciocínio podemos pensar a revelação compulsória como uma medida que desconsidera a autonomia do sujeito, suas possibilidades, tempos e dificuldades, partindo do pressuposto único do dever de intervir em uma relação pensada a priori como de risco. Foi possível perceber em relatos anteriores e durante o restante da pesquisa, o grande temor em relação a possíveis rejeições de parcerias sexuais, sendo essa, uma vivência bastante presente nos relatos dos portadores do HIV e a que mais causa impacto em suas vidas após a sua descoberta.

Com essa preocupação, auxiliadas por Godoi (2013), torna-se necessário lançar o problema ao debate: a realidade social que deixa os sujeitos vulneráveis perante o outro deve ser considerada nessa intrincada dinâmica da revelação. Mediante o problema, propomos a questão: do ponto de vista ético, é correto, nessa situação de vulnerabilidade, indivíduos externos à relação exigirem que as pessoas soropositivas se declararem em seu diagnóstico, arcando com a dor do estigma e da discriminação? Elas devem mesmo ter a exclusividade na responsabilização com relação ao uso do preservativo?

De acordo com Godoi (2013) que reflete em seu estudo acerca da criminalização de pessoas soropositivas, o problema não se restringe à esfera privada, quando se reconhece a obrigatoriedade ética existente entre os parceiros sexuais. Mas também abrange a responsabilidade da sociedade, da saúde pública e seus gestores de proverem condições sociais, a fim de que seja possível ao sujeito HIV positivo, assumir a responsabilidade para si

mesmo e com o outro. Acreditamos que a única forma de fazê-lo é fomentar a discussão a partir de um olhar atento e sensível direcionado também para a posição de invisibilidade que esses sujeitos ocupam nos debates relativos à prevenção.

3.3. O amor.

São múltiplos os discursos que atravessam as experiências soropositivas, constituindo sujeitos e formas de assujeitamento. Com o discurso do amor não é diferente. Anteriormente problematizamos os discursos do risco e a vontade de verdade, que constituem o sujeito soropositivo direcionando para ele seu foco e seu olhar. Eles estão incluídos nos discursos representando o risco e aquele que precisa falar. Assim, esses atuam sobre os indivíduos como fortes mecanismos de poder.

Com o amor o mecanismo parece ser diferente, mas não menos avassalador. Desse discurso, as pessoas soropositivas estão excluídas. Este não aparece como questão relevante e, claro, nos chega com a sutileza tão imperceptível quanto poderosa. Por isso, inicialmente, ao pensarmos essa pesquisa, quase caímos nessa cilada da exclusão. Pensamos em considerá-lo apenas como “pano de fundo” para nossa investigação. Mas, ao iniciar nossas entrevistas para mapeamento, percebemos a contundência desse discurso na frustração das falas, nas entrelinhas e nas respostas na negativa, mas que sempre o consideram. Como iniciamos a introdução dessa pesquisa, o discurso do amor romântico nos apresenta quase como um grande “mantra social”. Aparece de diversas formas, em muitas práticas discursivas, desconhecendo territórios, geração, classe, raça ou qualquer outro marcador social.

À margem, os indivíduos passam a acreditar na ideia de não ser possível vivenciar relações amorosas a partir da descoberta do HIV. Falas como: “*ninguém vai me querer*”, ou “*vou morrer sozinho*”, apontam ao mesmo tempo para a impossibilidade e para o desejo, trazendo a noção de frustração. O amor romântico parece também estar estruturado em

padrões e normas, excluindo aqueles que nele não se encaixam. Aparece-nos assim, como um grande paradoxo, difícil de detectar ao não nos permitirmos pensá-lo sem as lentes ingênuas e românticas de quem aceita essa condição como algo natural. Desta forma, iniciamos nosso processo de reflexão teórica, com a questão: como pode o amor, algo que por definição é agregador, ser instrumento de segregação?

Os discursos do amor têm seu início na Grécia antiga e Foucault (2014c) vem investigá-lo, chamando de erótica a sua “arte refletida”, que através da história ocidental, passou a ser um grande tema constitutivo da moral dos prazeres. Assim, ele nos esclarece como os gregos iniciaram sua problematização, relacionando-o com a verdade:

[...] esse amor constituía um ponto difícil, que exigia uma elaboração da conduta e uma estilização bem delicada do uso dos aphrodisia; como também foi sobre esse tema que se desenvolveu a questão das relações entre o uso dos prazeres e o acesso à verdade, sob forma de uma interrogação sobre o que deve ser o verdadeiro amor. (Foucault, 2014c , p.281)

Ele ainda investiga a cisão que se inicia na Grécia entre dois amores que se dão um pela realização do ato sexual e o outro que se relaciona às “coisas belas” e que pretende satisfazer aos anseios da “alma”. Esses primeiros discursos, segundo ele, vêm problematizar e caracterizar os amores fugidios, as relações desonrosas e passam a colocar em questão o que seria o amor em seu princípio, fazendo uma reflexão da tese de Platão, onde os enamorados buscam no outro sua metade perdida.

A partir de então, pôde-se perceber nas culturas cristãs e modernas, interseções estabelecidas entre amor, prazer e verdade, ligando-os com a relação heterossexual e a temáticas como a virgindade, o casamento e trazendo à cena, a figura da mulher em um debate anteriormente masculino. Segue-se então a reflexão sobre os vínculos recíprocos, relacionando-os à verdade e à austeridade sexual (Foucault, 2014c).

A problematização que se segue ainda em Foucault, na origem do discurso do amor, vai adquirindo novos contornos ao trazer para o debate a questão de “a quem é conveniente amar” e sob que condições o amor é digno para os amantes. A ela, relaciona-os o objetivo que se torna fundamental que é o de estabelecer o que é o amor em si, separando o que é a busca pelo prazer do que seria um interesse genuíno pela pessoa amada, o fugaz do recíproco e duradouro. É ainda nesse momento que outras cisões passam também a ser feitas, como “amor de alma” e “amor de corpo”, fazendo do primeiro, o amor verdadeiro, aquele que tem valor, sendo preciso desvencilhar-se aos poucos da relação com o corpo, por perder seu frescor com o passar dos anos. Faz-se então, uma forte ligação entre amor e amizade, no sentido da troca e da preocupação mútua.

Ele segue, trazendo à pauta a questão de conduta que começa a ser pensada, discutida e conseqüentemente colocada em discurso. Surge daí as prescrições de comportamento para os amantes, de como devem se conduzir, quais provas devem dar e qual seria a forma de amor mais honrosa.

Foucault (2014c) considera também a formulação socrática da “estética da existência”, que na relação com o outro, no caso do casamento, aparece para além das questões econômicas e de tornar público uma relação privada, trazendo em seus primórdios objetivos de grande valor como os de construir e permanecer em fortes relações pessoais, onde se torna fundamental o compartilhamento da vida, a ajuda e o recíproco. Assim, nasce a ideia de relação conjugal e a de que essa realidade constituída pelo casal tem um valor superior ao da individualidade de seus membros. Em suas bases, a relação amorosa já vai adquirindo contornos múltiplos e paradoxais, apresentando-se como importante foco de experiências, tão intensas quanto difíceis e problemáticas. Grande *status* passa a ser atribuído a essa forma de vida, também no império romano, pautada na existência compartilhada, no vínculo pessoal e na posição respectiva dos parceiros na relação. Vários signos passam a ser

atribuídos à paixão amorosa, como a procura do objeto perdido dando ao sofrimento e movimentos passionais valores positivos e transformando a relação amorosa em algo singular. Surgem então, diversos textos refletindo a elaboração de um ideal, que traduz um jogo complexo de reciprocidade afetiva.

A presença do discurso do amor romântico atravessa um casal sorodiferente, por exemplo, que deixa de utilizar o preservativo como uma prova de amor ao outro. Nesse caso, a mulher é soropositiva e o homem é soronegativo e o argumento é: “*Pretendemos ficar juntos para sempre.*” Desta forma, o “*juntos para sempre*” parece dar segurança ao casal e se aproxima do pacto da cerimônia cristã de casamento, onde a promessa é de que permanecerão juntos na saúde e na doença. O HIV aparece como fator de união da relação, fortalecendo seu acordo inicial, uma vez que seus membros, por amor, são capazes de vencer obstáculos significativos como os de saúde, para estarem juntos. Para Foucault (2014b), de acordo com os princípios aristotélicos, a configuração de casal permite a ajuda e os socorros recíprocos ao longo de toda a existência. Isto posto o risco decidido e compartilhado pelo casal deixa-os unidos e protegidos, não só contra desafios externos, mas com aqueles que podem situar-se internamente ao casal. A ideia de união traz a crença do cuidado e da colaboração. O HIV parece solidificar a relação, apequenando-se diante da “grandeza de sua aliança.”

Considerados esses aspectos históricos, buscamos em Jurandir Freire Costa (1999), algumas reflexões acerca do discurso e sua repercussão nas subjetividades contemporâneas. Preocupado com a convicção na universalidade e na naturalidade do amor, ele vem investigá-lo, trazendo à tona uma série de reflexões a respeito de sua construção social. Ele nos alerta para determinadas crenças que consistem em atribuir ao amor condição de felicidade, considerá-lo como algo natural e contrário à razão, sendo eminentemente irracional. Jurandir Freire Costa (1999) argumenta que o amor em nossa cultura responde a anseios pessoais de felicidade, ajudando a superar todas as dificuldades da vida prática. Hoje ele deixou de ser

um meio de acesso à felicidade para se transformar em atributo essencial. Logo, a identidade amorosa passa a ser um abrigo em um mundo pobre em ideais. Diante da complexidade do mundo, para o autor, o amor passou a servir de trincheira moral, protegendo os indivíduos dos obstáculos externos.

Dessa forma, o discurso vai adquirindo seu contorno e o amor assumindo seu posto de um bem desejável, por se acreditar que ele seja algo que nos é dado a todos pela natureza. Assim, qualquer tentativa de diminuí-lo ou extirpá-lo seria desumano e nada natural. Somos então marcados por lendas e amores históricos, permeados com ares de grandeza e magia, que percorre tempo e espaço com a força de um grande bem (Costa, 1999).

Em uma história de vida permeada por esse discurso, onde o sujeito, homem de 48 anos, percebe-se como um excluído do amor, fica claro o desejo e aspiração por vivê-lo e sua comparação com outros indivíduos, como se este estivesse à margem e impossibilitado de viver algo natural ao humano. Ele acrescenta também ao valor do amor, a união sensual – dos corpos - e a idealizada – das almas. Sua frustração é explícita ao mencionar que todas as conquistas foram possíveis, apesar do HIV, mas em relação ao amor, ele diz:

*No meu caso é complicado porque eu conquistei tudo que eu queria com HIV menos o direito de amar alguém e ser amado por alguém, pelo menos até agora. Se alguém me amou eu não sei, pelo menos não chegou pra mim e falou. Quando eu digo amor, eu digo amor, não amor de amigo ou de família, mas amor de outra pessoa que tenha vontade de estar com você, **desejar seu corpo**, de **desejar sua alma**, de desejar coisas boas que você tem, de te ajudar também a melhorar suas coisas, então até hoje **se alguém me amou eu não sei**.*

Como no relato, ao considerarmos sua universalidade, acreditamos que ele aconteça obrigatoriamente para todos, transformando a possibilidade ou a necessidade em algo naturalmente compulsório, um dever. Ao se falar de sua naturalidade, também, pressupõe-se certa obrigação, porque se é algo dado naturalmente, não é possível a opção de refutá-lo, não existindo, portanto, o poder de decisão ou de escolha racional. É algo que já existe

independente da vontade por se acreditar não ter sido uma construção histórico-cultural. De forma similar, acontece com a crença de que o amor seja algo espontâneo e irracional, que traz implicações para a escolha e ponderação individuais, ou seja, é algo que acontece espontaneamente, independente do que se decide ou do que é pensado. Cria-se assim, a concepção de que amar é o polo oposto da razão, criando-se imagens de impetuosidade e impulso das paixões (Costa, 1999).

Nessa direção, o amor romântico passa a se estabelecer como norma, atendendo inicialmente aos anseios de felicidade individuais e a ideais coletivos. Mas, atualmente, segundo Freire, o panorama transformou-se. O valor a ele atribuído foi hiperestimado, extraíndo sua participação da dinâmica do bem coletivo e apresentando-se como monopólio para a felicidade. Chegou-se a construí-lo como algo similar a uma “miragem”, por serem demasiadas duras as exigências para atingi-lo como as de qualquer outro ideal, no entanto, com impressão de que apesar das exigências e da dureza, somos mais livres que nunca. Por fim, Costa (1999) completa:

[...] é extremamente difícil imaginar outros modos de realização pessoal numa cultura em que o amor romântico se tornou sinônimo de praticamente tudo que entendemos por felicidade individual: êxtase físico-emocional socialmente aceito e recomendado, segurança afetiva, parceria confiável, consideração pelo outro, disponibilidade para a ajuda mútua, solidariedade sem limites, partilha de ideais sentimentais fortemente aprovados e admirados, como a constituição da família e a educação dos filhos, enfim, satisfação sexual acompanhada de solicitude, ternura, carinho e compreensão (p. 101).

Assim configurado como ideal, delineado com uma série de exigências para alcançá-lo e ao mesmo tempo, promessa de deleite e felicidade, o amor passa a povoar o imaginário social, fazendo com que todos aqueles que não consigam alcançá-lo ou vivenciá-lo sintam-se frustrados, fracassados, excluídos e culpados. Na situação das pessoas soropositivas, o discurso do amor vem polarizar com o risco e com a vontade de verdade, tensionando os sujeitos e corroborando com sentimentos de menos-potência para a

reconstrução de novas possibilidades no campo das relações afetivas. Assim, o enunciado “*Vou morrer sozinho!*” aponta para a crença em uma impossibilidade de construção amorosa e, ao mesmo tempo, dá ao amor lugar de grande destaque, não dizendo respeito à solidão em relação a amigos, familiares e demais pessoas de sua convivência, desconsiderando as outras relações como fontes de vínculo, afeto e troca.

3.4. O sexo.

Iniciemos pelo corpo, porque é nele que o prazer se inscreve. O sexo começa a ser problematizado a partir da época clássica na Grécia, quando foi iniciada uma série de prescrições para a prática da saúde e um controle de si e da própria existência. Com esse enfoque, foi definida uma maneira de viver e proposto a reflexão consigo mesmo, com o corpo, com o alimento e com a vigília e o sono, estruturando uma racionalidade voluntária de conduta, para que fosse possível ter uma vida útil e conveniente (Foucault, 2014d). Surge, então, um corpo alerta e vigilante e a constante preocupação com ele manifestada pelos cuidados com a saúde. É nesse contexto que emergem as preocupações com o prazer sexual, sua natureza, seus mecanismos e valores, assim como os controles aos quais se deve submetê-lo.

Foucault (2014d) acrescenta que o sexo começa a ser explicado a partir da necessidade de eternidade. A intensidade da atração recíproca e heterossexual era considerada pela necessidade de procriação. Então, o desejo concebido como força excepcional serve de garantia para o eterno. Complementa os discursos da época, considerando a crença de que o desejo não se trata de mero movimento da alma, tampouco o prazer sua recompensa, mas as consequências de uma pressão e sua repentina expulsão. O corpo configura-se com uma organização anatômica e toda uma ordem fisiológica que nele inscrevem o prazer com seu

excesso de vigor contra o qual ele nada pode. Segundo ele, a explicação se dava da seguinte forma:

Essa artimanha faz funcionar três elementos. Primeiramente, os órgãos, que são dados a todos os animais e servem para a fecundação. Em seguida, uma capacidade de prazer que é extraordinária, e muito vívida. E, finalmente, na alma, o desejo de se servir desses órgãos – desejo surpreendente e indizível (Foucault, 2014d,p.134).

A concepção do prazer assim estabelecida e bem situada, não desconsidera que o ato sexual mobilize o corpo inteiro, através de outros elementos que ele desperta. Dessa forma entendido como impulso natural e de grande força, começa a ser questionado em sua necessidade de controle. Surge então, o “regime dos prazeres”, com a indicação de cautela, prudência e racionalidade para o sexo e uma série de limitações e preocupações com a quantidade. Em contraponto ao corpo, aparece a alma, apontando para as duas faces do desejo. E é nessa correlação que se encontra a dificuldade com o “regime”, pois seus movimentos têm que estar bem alinhados. Assim, nem corpo e nem alma devem ir além do seu correlato e o controle deve acontecer também por via dos pensamentos, imagens e fantasia.

Com o advento do cristianismo, passa-se a uma série de recomendações de controle e limite, que Foucault chama de “dietéticas” tais como: economia estrita, temor pelo desregramento com possibilidades de este trazer uma série de males, necessidade de domínio dos desejos e uma luta contra as imagens do prazer. É nessa perspectiva que Foucault (2014d) investiga o pensamento grego que procurava estabelecer regras ao sexo, como forma de construir um contorno honrado e belo para a própria existência. Foi a partir do valor atribuído à austeridade dada ao prazer que se iniciaram as restrições das atividades sexuais, tanto em quantidade, quanto no que diz respeito ao tipo de relacionamento, constituindo o que ele chamou de “estética da existência”, considerada pela sua configuração ética e moral adquirida pelo controle de si.

A partir dessas bases históricas, devemos também percorrer outros caminhos, a fim de buscar uma melhor compreensão das práticas discursivas acerca do sexo, corpo, prazer e sexualidade. Com esse intuito, buscamos refletir acerca da interseção entre sexo e cultura, com a intenção de entender de que forma as experiências individuais são atravessadas por contextos sociais, culturais e econômicos. Desta maneira, buscamos algumas abordagens que problematizam a universalidade do instinto sexual e que consideram a experiência como produto de configurações culturalmente peculiares que envolvem contatos corporais entre pessoas, que podem ter sentidos muito diferentes em diversos tipos ou recortes populacionais. Então, o sentido que as pessoas dão ao sexo e a sua própria experiência, não pode ser generalizado, porque está articulado a diversos marcadores como gênero, geração, classe, etnia e etc (Heiborn & Brandão, 1999).

É preciso, com isso, identificar as diversas articulações entre esses marcadores sociais²², pensando que a experiência sexual como qualquer outro eixo da vida, depende da relação com o social. Assim, para que a atividade sexual possa ser exercida e significada, são necessários processos de aprendizagem de regras, de formas e arranjos culturais. Acredita-se, então, não haver um entendimento universal do que seja sexual, de suas condutas e significados. Este está longe de restringir-se a aspectos reprodutivos e psíquicos, estando saturado de convenções culturais a respeito do que vem a ser prazer erótico, que modelam a própria sensação orgânica (Heiborn & Brandão, 1999).

²²Segundo Larissa Pelúcio (2011), o debate acerca dos marcadores sociais da diferença é de certa forma atual. Encontra-se historicamente embasado no “feminismo das diferenças” que nasceu nos Estados Unidos, por volta dos anos 80. Trata-se de uma corrente nova, que vem questionar o movimento feminista anterior, que refletia a realidade de uma elite de mulheres brancas, heterossexuais e de classe média. Essas teóricas feministas acusam as limitações impostas pelos binarismos entre homem e mulher, homossexuais e heterossexuais que são tidos como “essencialistas e biologizantes”. Assim, essa vertente feminista busca ressaltar a constituição social e cultural do sujeito, através de práticas discursivas em que gênero, raça, religião, nacionalidade, sexualidade e geração não são independentes entre si, mas se correlacionam e entrecruzam constituindo-se mutuamente. As diferenças são experimentadas como desigualdades, hierarquizando sujeitos e coletividades. Ao se considerar pessoas, as desigualdades transformam os sujeitos em estereótipos. No caso do coletivo, ocorre uma homogeneização, reduzindo e/ou desconsiderando as diferenças.

Uma das vertentes que acreditam na influência cultural propõe uma parceria entre corpo e razão, na qual o corpo passa a ser a matéria na qual a cultura se superpõe, burilando as experiências e as significações da vivência sexual. Crê-se na universalidade do sexo e em sua determinação biológica, cabendo a cada sociedade conformar o impulso sexual. A segunda vertente é mais categórica, afirmando que a vivência erótica é puro efeito de construções culturais, não havendo algo inerente à fisiologia ou à psique que possa ser considerado um substrato universal sobre o qual a cultura opera (Heiborn & Brandão, 1999).

A partir da chegada da aids no panorama mundial, intensificaram-se os estudos médicos e epidemiológicos sobre a sexualidade. Foram restabelecidas e enfatizadas tendências de mensuração e controle do comportamento sexual, muitas vezes concebidas de forma afastada de seu contexto social. Em sua grande parte, esses estudos assumem características normativas quanto às condutas individuais, objetivando a prevenção de doenças. De caráter normalizador, acaba por favorecer o que o Foucault denomina de “racismo de estado”²³, vilanizando determinadas práticas consideradas avessas, marginais. Desta forma, muitos soropositivos são vistos como vilões, por ainda estarem relacionados a uma vivência sexual exacerbada, promíscua, sem controle ou que de alguma forma escape às regras, por terem em algum momento se exposto ao risco (Terto Jr., 2002). Com isso, a epidemia permitiu o reforço da norma que servira como modelo para patologizar as sexualidades dissidentes. Assim, nas últimas três décadas, o dispositivo da aids tem sido bastante eficaz ao conformar prazeres em formas moldadas por padrões sociais (Pelúcio & Miskolci, 2009).

As pessoas com múltiplos parceiros, tidas como “promíscuas” aparecem em inúmeras narrativas associando o HIV a uma sexualidade dissidente. Da mesma forma, o enunciado ***sujo e sujeira***, que remetem a práticas sexuais fora da norma, como argumentam Miskolci e

²³ Foucault (2005) trabalha racismo de estado, articulando esse conceito às práticas de biopoder, que por serem normativas, acabam por excluir, marginalizar indivíduos e condutas que não se encaixam nos preceitos hegemônicos.

Pelúcio (2009). Nesse sentido, um entrevistado da segunda etapa da pesquisa, de 34 anos e que se relaciona com homens reflete:

- *Como você imaginava que seria viver com HIV? Você tava relacionando HIV a que?*

- *À **total aversão das pessoas em relação a mim**, porque eu tinha preconceito. Associava a questão com pessoa **suja**, pessoa **promíscua**, estigmatizada pro resto da vida, pessoa **irresponsável**. Tudo isso era a ideia que eu tinha.*

O HIV aparece nessa narrativa, refletido como algo relacionado a pessoas sem controle de seus corpos – *irresponsáveis*. Desregradas – *promíscuas*; e com práticas sexuais marginais – *suja*. Nesse sentido, Pelúcio e Miskolci (2009) problematizam o discurso preventivo da aids, argumentando que este não se limita somente à prevenção. Através dele é propagada uma série de normas e diretrizes, a fim de pautar comportamentos para que as pessoas evitem comprometer sua saúde. Assim, esse discurso está marcado pelo “biopoder”, de caráter normatizador, que objetiva “domestificar e docilizar” os corpos, abrindo espaço para a discussão moral da saúde e do corpo. Com isso, o discurso torna-se bastante eficaz, mas não na direção de práticas mais seguras e preventivas e sim, no sentido de reificar maneiras de lidar com a sexualidade que sejam pautadas pela cautela. Considerando a aids como dispositivo, este acaba por produzir verdades e esculpir subjetividades, que passam a ser marcadas pela culpa e pela “impureza”, em razão de seus desejos transformados em paradigma da ameaça da ordem social.

Nesse sentido, o sexo soropositivo passa a ser bastante controvertido e polêmico, mas nem sempre isso emerge de forma clara e explícita. Necessita, no entanto, vir à tona nos debates e discussões. Representados pelo "perigo", por serem capazes de transmitir o vírus através de um sexo muitas vezes estigmatizado, os sujeitos passam a ser foco de investimento e controle moral. Propaga-se a ideia de que é necessário construir uma *expertise* no "controle de si", demonstrando ser sexualmente responsável, prescrição que poderia ser traduzida em: “use sempre a camisinha”. É necessário, então, conformar-se ao lugar em que a sociedade lhe

atribui por seu *status* sorológico. A meta a ser atingida: máximo de autocontrole. Passa-se a administrar a própria sexualidade a partir de uma nova compreensão de si e do outro, assim como das relações, dando-se em um nível mais individual, mas acabando por alcançar objetivos biopolíticos de cuidado com a população (Pelúcio & Miskolci, 2009). E encerrando essa reflexão a respeito das concepções de sexo, prazer e corpo que constituem saberes e práticas, atravessando sobremaneira a vida das pessoas soropositivas, trazemos mais uma contribuição foucauldiana ao debate:

Que o Estado saiba o que se passa com o sexo dos cidadãos e o uso que dele fazem e, também, que cada um seja capaz de controlar sua prática. Entre o Estado e o indivíduo, o sexo tornou-se objeto de disputa, e disputa pública; toda uma teia de discursos, de saberes, de análises, de injunções o investiram (Foucault, 2014b, p.30).

Desta forma, longe de ser algo inerentemente humano e natural, o sexo tal como é vivido na sociedade contemporânea está também investido por uma série de discursos que controlam e demarcam práticas e sujeitos. Os discursos sobre o sexo produzem práticas consideradas normais e limpas, em detrimento daquelas postas à margem, que na contemporaneidade foram associadas com o advento da aids na década de 80. Tendo em vista essa agregação discursiva e a biopolítica que atravessa a sexualidade, percebe-se que as pessoas soropositivas são designadas a ocupar uma posição de sujeito sujo, promíscuo, inferior, restringindo-lhes as possibilidades sexuais e desconsiderando suas subjetividades e desejos. Os soropositivos encontram-se, assim, no interior dessa teia discursiva, no ponto de interseção de outros discursos que transformam suas possibilidades erótico/amorosas em uma experiência complexa e desafiadora.

4. UM OLHAR AMPLIADO: O MAPEAMENTO E AS VÁRIAS FACES DO (DES) AMOR.

4.1 O perfil dos participantes.

Durante o processo de entrevistas para mapeamento, foi possível produzir dados a partir das respostas ao questionário e dos relatos obtidos pelos participantes, registrados em diário de campo, como já esclarecido no capítulo sobre método. Nesse momento, as pessoas nos falaram abertamente de seu silenciamento diante dos parceiros em relação ao seu diagnóstico, dos conflitos diante desse fato ou da ausência de culpa; disseram das parcerias sem sexo, ou de suas vidas em abstinência; contaram-nos de suas frustrações na revelação de seu diagnóstico aos possíveis amores; falaram de suas escolhas por parcerias eventuais; relataram relações sem uso de preservativo. Nós nos beneficiamos com a clareza e a honestidade dos depoimentos, surpresas com a confiança em nós depositada e encerramos essa etapa quando concluímos que as estratégias utilizadas se repetiam. Por isso, interrompemos essa primeira etapa na 82ª entrevista.

Para fins de análise, dividimos essa etapa onde trabalhamos os dados extraídos do mapeamento em dois momentos diferentes. O primeiro trata-se de uma apresentação da amostra e de seus participantes com a utilização de tabelas, gráficos e uma pequena descrição do que consideramos importante. Intentamos também, nesse momento, não só apresentar o perfil de nossos participantes, mas situá-los nos contextos em que estão inseridos, estabelecendo uma relação com cada marcador social da diferença. Desta forma, construímos um paralelo com as principais tendências epidemiológicas no Brasil, que são esclarecedoras das múltiplas vulnerabilidades em relação com os diversos marcadores. Não temos a intenção de ter uma amostra representativa da população estudada e nem foi esse nosso objetivo com a pesquisa, que tem um caráter puramente exploratório, mas consideramos ser relevante analisar nosso pequeno grupo de indivíduos em relação ao seu contexto mais macro.

Intentamos então considerar esse nosso universo de relatos, em um primeiro momento e para fins de análise, a partir dos marcadores sociais da diferença. Mediante esse conceito, buscamos entender nosso grupo de entrevistados, a partir dos critérios de gênero, geração, raça e orientação sexual. Cancela (2012) chama-nos a atenção para o fato de pessoas situadas em diversos contextos poderem compartilhar de determinadas vivências e valores. Então, não deixaremos de considerar que indivíduos em condições sociais distintas e com diferenças de gênero, geração e orientação sexual também podem compartilhar certas vivências e valores.

Mas, no entanto, adotando uma epistemologia mais crítica, recorremos a Pelúcio (2011) quando esta coloca a importância dos feminismos da diferença na compreensão de que o sujeito é social e culturalmente constituído em redes discursivas, onde gênero, raça, religião, nacionalidade, sexualidade e geração são variáveis que se entrelaçam, constituindo o outro, ao mesmo tempo em que é por ele constituído.

Será possível, então, constatar em análise posterior, no capítulo cinco, como as pessoas são atravessadas por essas circunstâncias sociais que as contextualizam, diferenciam e influenciam suas ações. Foram também considerados aspectos de grande relevância social, como a escolaridade, assim como as condições clínica e orgânica dos participantes como as contagens nos exames de CD4 e carga viral e a possível familiaridade com a questão, como o tempo de convivência com o HIV.

Com essa preocupação, apresentamos a seguir as características gerais de nossos informantes dessa primeira etapa da pesquisa. Por se tratar de um número grande de entrevistados (82) os dados foram organizados em tabelas e gráficos para melhor visualização do grupo ao qual estamos nos referindo. O perfil dos entrevistados na etapa de mapeamento está descrito com considerações breves de aspectos epidemiológicos acerca das características apresentadas. Logo em seguida, avançamos para a análise dessa etapa da pesquisa, considerando o que emergiu em campo em relação aos principais arranjos possíveis

encontrados por nossos entrevistados a fim de vivenciarem o amor e o erotismo diante dos desafios por eles encontrados.

Tabela 2:
O gênero dos participantes.

Válido	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Feminino	34	41,5	41,5	41,5
Feminino (trans)	03	3,7	3,7	45,1
Masculino	45	54,9	54,9	100,0
Total	82	100,0	100,0	

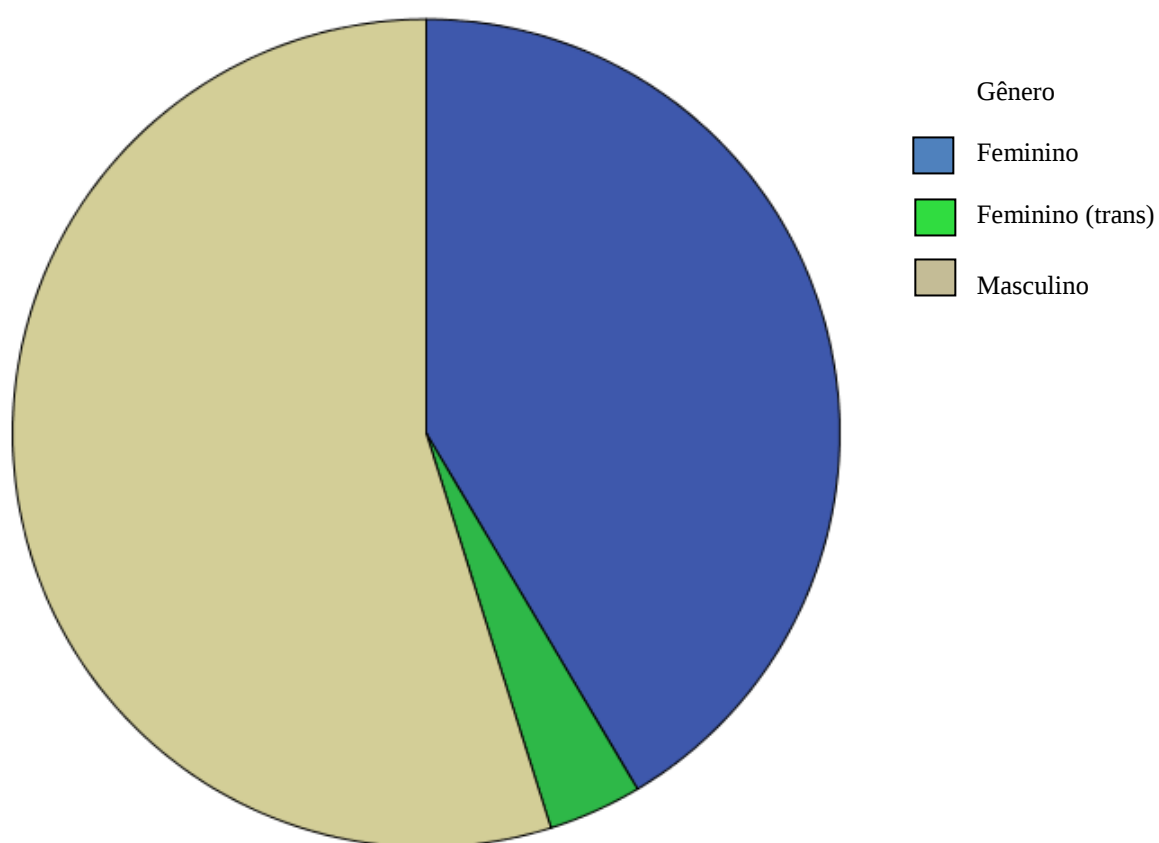
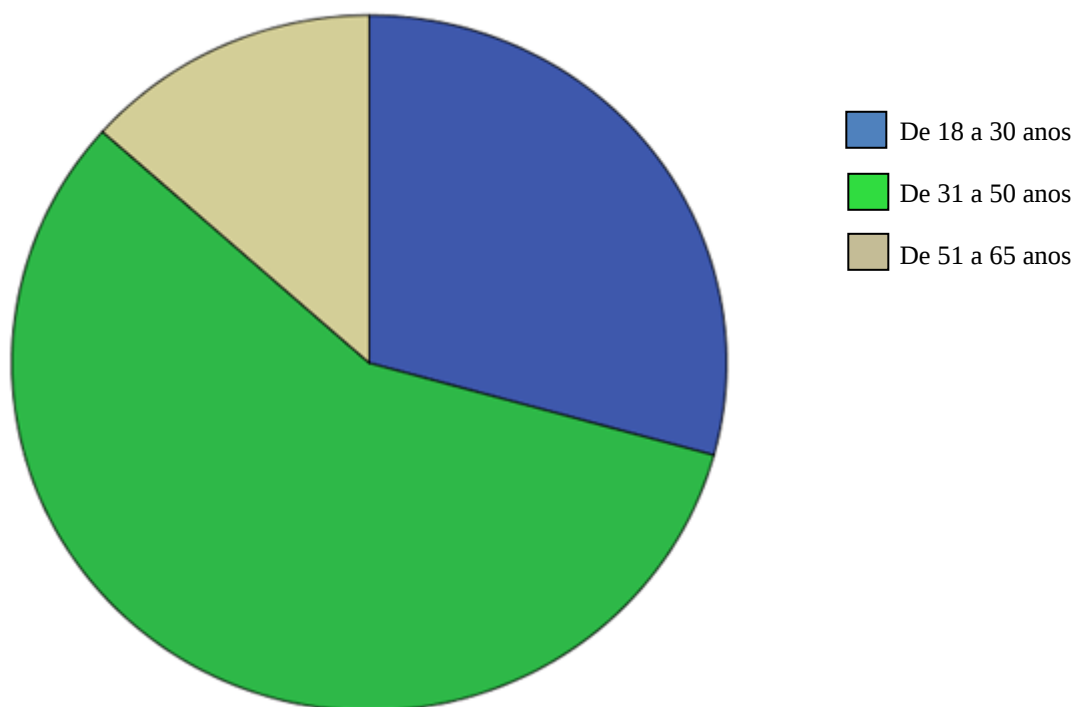


Figura 3
O gênero dos participantes.

Tabela 3:

A idade dos entrevistados.

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
De 18 a 30 anos	24	29,3	29,3	29,3
31 a 50 anos	47	57,3	57,3	86,6
De 51 a 65 anos	11	13,4	13,4	100,0
Total	82	100,0	100,0	

**Figura 4**

A idade dos entrevistados

De acordo com dados do último Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde (2016), o crescimento de aids na juventude (15 a 24 anos) continua sendo uma preocupação importante e as ações nesse segmento necessitam ser intensificadas. De 2005 a 2014 a taxa de

detecção de casos de aids entre aqueles com 15 a 19 anos mais que triplicou (de 2,1 para 6,7 casos por 100 mil habitantes) e entre os jovens de 20 a 24 anos, a taxa quase dobrou (de 16,0 para 30,3 casos por 100 mil habitantes). No entanto, são os adultos na faixa acima dos 30 anos que permanecem representando o maior número de casos registrados por notificação compulsória.

Tabela 4:
A raça.

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Branco	51	62,2	62,2	62,2
Negro	20	24,4	24,4	86,6
Pardo	11	13,4	13,4	100,0
Total	82	100,0	100,0	

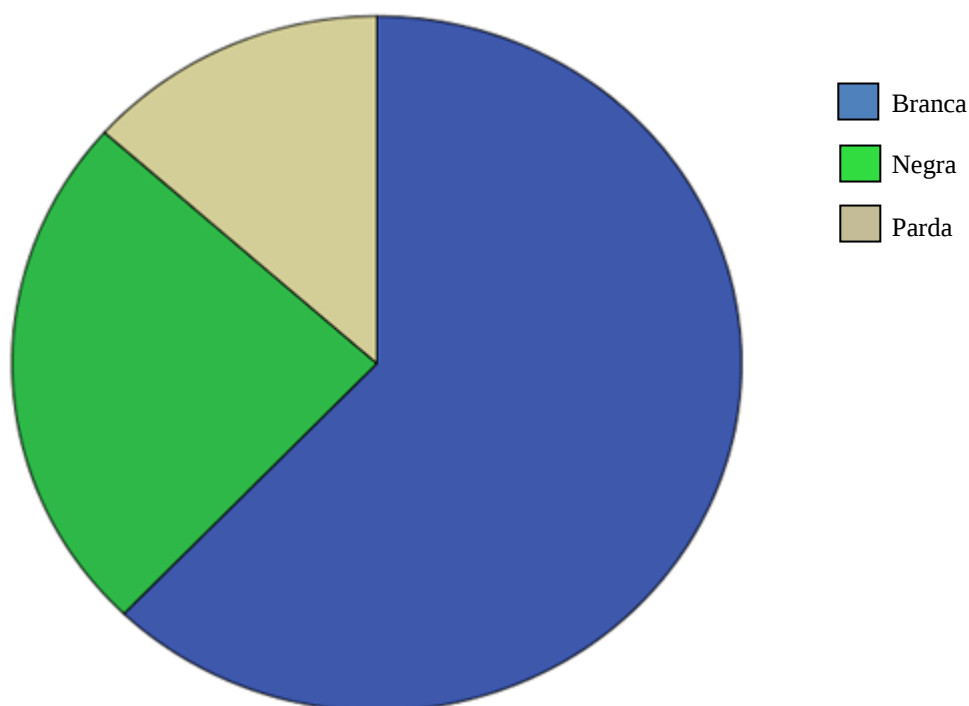


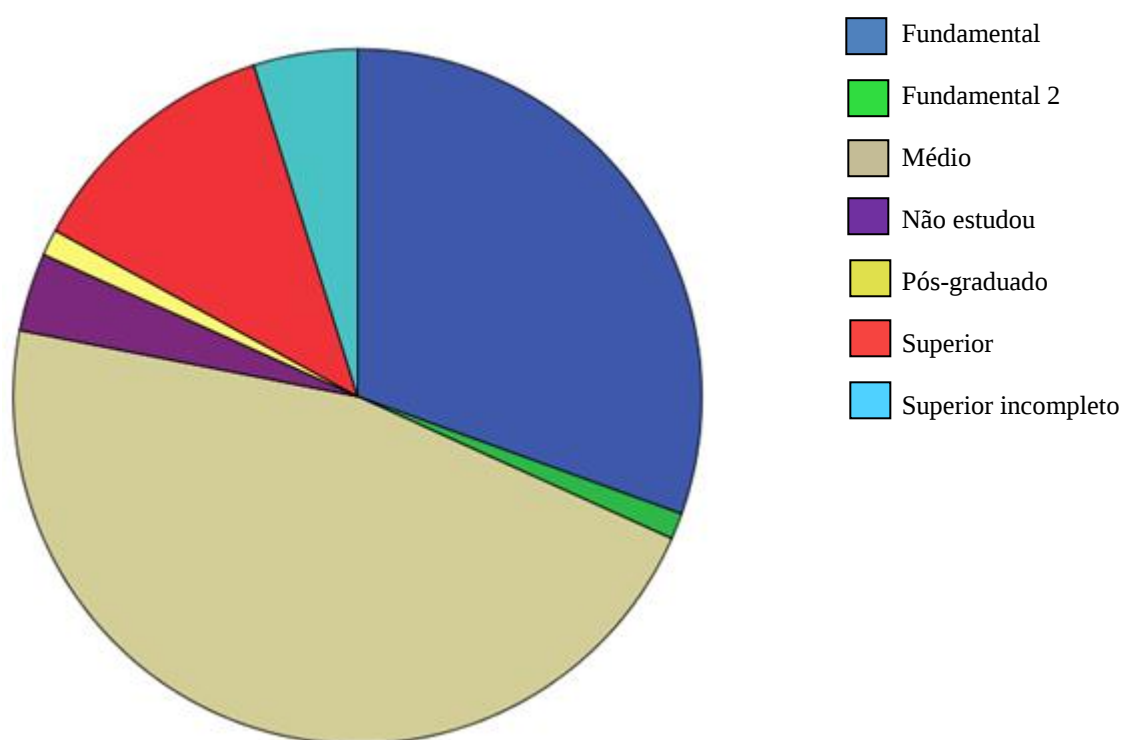
Figura 5

A raça.

Tabela 5:

A escolaridade

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Fundamental	25	30,5	30,5	30,5
Fundamental dois	1	1,2	1,2	31,7
Médio	38	46,3	46,3	78,0
Não estudou	3	3,7	3,7	81,7
Pós-graduado	1	1,2	1,2	82,9
Superior	10	12,2	12,2	95,1
Superior incompleto	4	4,9	4,9	100,0
Total	82	100,0	100,0	

**Figura 6**

A escolaridade dos informantes.

A dinâmica da aids também reflete as disparidades sociais. Percebe-se então maior incidência na população de baixo nível socioeconômico, como resultado das profundas

desigualdades da sociedade brasileira. De acordo com Kennety e Parker (2000) não é de se estranhar que essas disparidades estejam espelhadas na forma como o HIV se propaga na população desses diversos “Brasis”. Com esse olhar, segundo os autores, é importante perceber como as desigualdades geram inúmeras vulnerabilidades e também analisar de que forma os serviços de saúde irão captar esses indivíduos para a assistência. No caso de nossa amostra, ela foi composta principalmente de indivíduos com ensino médio e superior incompleto, não tendo atingido tanto os mais vulneráveis socialmente. Talvez este seja um importante dado para uma investigação posterior, acerca da adesão dessa população ao tratamento e frequência no serviço de assistência.

Tabela 6:
A orientação sexual.

		Gênero			Total
		Feminino	Feminino (trans)	Masculino	
Orientação sexual	Heterossexual	33	03	15	51
	Homossexual	01	00	30	31
Total		34	03	45	82

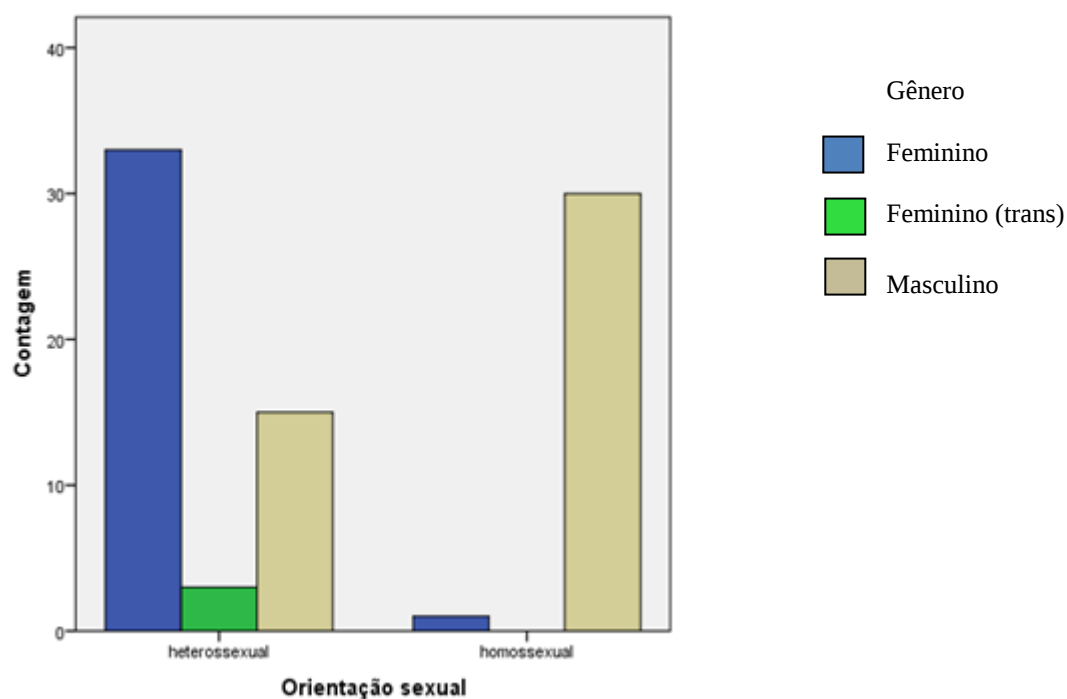


Figura 7:

A orientação sexual.

De acordo com informações da UNAIDS, colhidas no Boletim de HIV/AIDS de 2015, a proporção de aumento de casos entre homens que fazem sexo com homens (HSH), continua aumentando nos últimos dez anos. Em 2014, 44,9% das pessoas infectadas eram HSH. Nossa amostra é compatível com essa tendência epidemiológica, constituída por grande percentual de homens que fazem sexo com homens. Já as mulheres, estão em grande maioria heterossexual.

Tabela 7:
O tempo de convivência com o HIV.

Idade	Há quanto tempo o convive com HIV?				Total
	Menos de 1 ano	Entre 01 e 05 anos	Entre 06 e 10 anos	Acima de 10 anos	
De 18 a 30 anos	07	12	00	05	24
31 a 50 anos	06	14	06	21	47
De 51 a 65 anos	01	02	02	06	11
Total	14	28	08	32	82

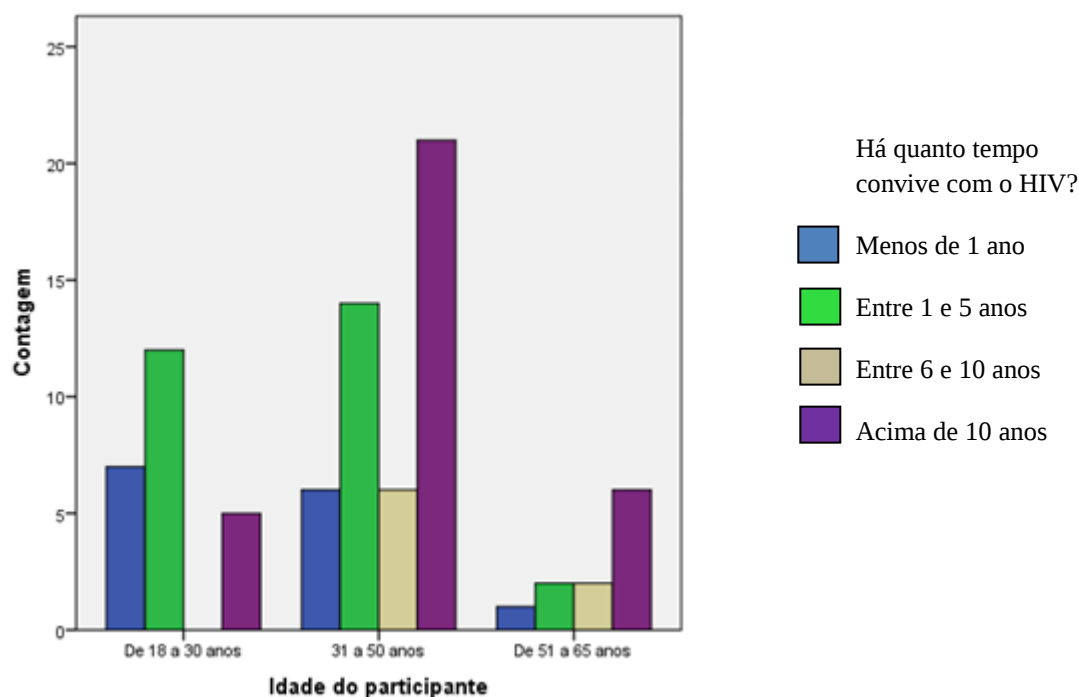


Figura 8:

Tempo de convivência com o HIV

Níveis de CD4 e CV.

Foi observado um dado bastante relevante que carece de uma investigação ulterior mais aprofundada. Ao serem questionados sobre sua carga viral e sua imunidade (CD4), mesmo a entrevistadora esclarecendo melhor a questão, a maioria dos participantes não soube informar, não soube o que dizer o que é, qual é a diferença de carga viral e células de defesa. Do total de participantes, apenas 39% sabia falar de seus exames de controle. Desses, 81,2% encontra-se com carga viral indetectável, representando 31,7% em relação ao total de participantes, indicando a grande importância da informação em saúde. Grande parte daqueles que conhecem os valores de seus exames alcançou resultados excelentes em seu tratamento, demonstrando com esse fato, uma alta adesão e comprometimento nos cuidados que envolvem sua saúde. Do total de entrevistados, um índice alto de pessoas desconhece os valores de seus exames, o que equivale a 60,9%. Alguns alegam que o médico diz estar bom o resultado, como nos disse uma entrevistada que convive há 20 anos com o vírus: *Só sei que está boa. Geralmente tem um número, mas eu nunca soube.* Ou outro, que vive com o vírus há 16 anos e que representa a fala de muitos: *O médico fala que tá boa.* Ou ainda, um que vive há dois anos com ciência do diagnóstico: *Uma tem que tá alta e a outra baixa, né?* Foi percebido uma confiança “cega” na palavra do médico, em que adjetivos como está bom, ótimo ou ruim já eram suficientes para saber de sua saúde e resultado de tratamento. Vale, nesse aspecto, uma discussão posterior, que não vamos nos aprofundar nesse momento, acerca da autoridade médica, informações em saúde e relação entre equipe de profissionais com o usuário nesses contextos públicos de atendimento.

De posse dessas informações gerais acerca de nossos interlocutores, **avancamos para nossas questões de pesquisa.** Deste modo, procuramos trabalhar a possibilidade de cruzarmos fontes de caráter quantitativo, que nos trouxeram informações acerca de tendências gerais, com fontes que permitiram uma percepção mais singular e profunda,

sempre levando em conta o fato de que estas experiências encerram inúmeros significados. Em uma perspectiva analítica, incluiremos, nesse momento, excertos de fala extraídos das quatro entrevistas em profundidade que foram realizadas. Ponderamos que as articulações realizadas com o que emergiu nessas entrevistas são esclarecedoras de determinados arranjos amorosos e sexuais construídos por nossos interlocutores.

Portanto, embora os marcadores sociais sejam o ponto de partida para situarmos os indivíduos e percebermos melhor o lugar do qual eles falam e do qual realizam suas práticas e conversam com os desafios sociais, devemos ter o cuidado de olhar para as singularidades e as diferentes estratégias experimentadas, seja quando os indivíduos se encontram em condições sociais aproximadas, ou quando em situações diferenciadas.

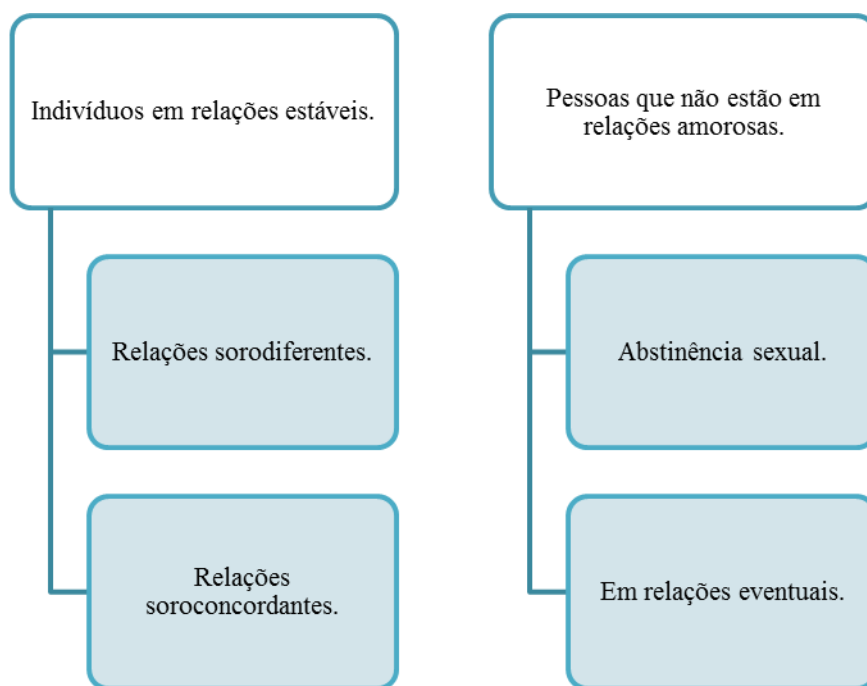
Nesse sentido, a reflexão acontecerá a partir da costura de três elementos:

- Dados quantitativos extraídos da etapa de mapeamento da pesquisa;
- Aspectos extraídos de diário de campo e suas respectivas análises e
- Excertos de fala das quatro entrevistas para história de vida e suas respectivas análises.

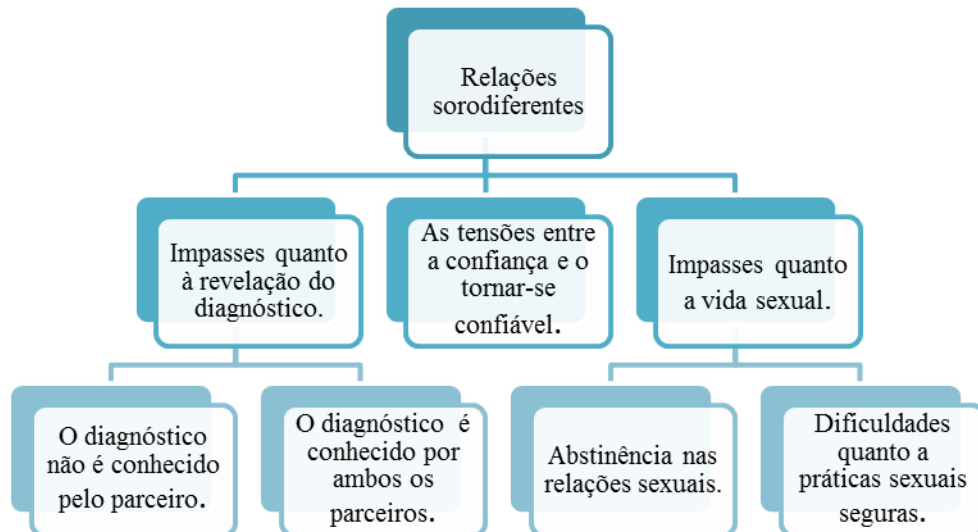
As quatro entrevistas foram transformadas em quatro histórias com narrativas bem distintas e são apresentadas no último capítulo dessa dissertação. Nesse momento da pesquisa, no entanto, consideramos importante trazer alguns elementos a fim de complementar o que será discutido nesse capítulo à luz dos dados obtidos no mapeamento. Buscamos em Pelúcio (2011) refletir sobre a diferença como ferramenta de análise que nos possibilita articularmos elementos individuais, com contextos mais amplos. Desta forma, determinados processos constroem pessoas e grupos como diferentes e é desta forma, que eles vão se constituindo subjetivamente, atravessados pela desigualdade. Assim, de acordo com a autora, no contexto da saúde torna-se imprescindível pensarmos as diferenças e seus desdobramentos políticos. Considerando as políticas relacionadas à aids, é importante que o

termo diversidade deixe de ser um referencial apenas descritivo, para ser teórico e analítico, a fim de tornar-se útil para a compreensão das diferenças e dos fenômenos que as criam. Desta forma, torna-se mister pensar nos processos que hierarquizam e nas estratégias sociais que estabelecem as normas para os comportamentos. Nesse sentido, a autora reflete acerca de ambulatorios específicos para atendimento de determinadas populações, que em um primeiro momento têm a intenção de ofertar atendimento para demandas antes invisibilizadas, mas que acabam por surtir o efeito oposto: marcar as diferenças. E é nesse contexto ambulatorial, onde o atendimento é específico a esse público diferente, que acontecem as entrevistas. Antes mesmo de qualquer reflexão acerca de outras desigualdades os nossos interlocutores já se encontram com seu espaço demarcado pela própria contingência ambulatorial, salientando suas diferenças.

Os dados obtidos no mapeamento apontaram para diversos caminhos possíveis no que diz respeito às experiências amorosas e sexuais. Procuramos, nesse sentido, articular os dados quantitativos em relação a cada possibilidade construída e seguir fazendo a análise do discurso foucauldiana conforme argumentamos anteriormente no capítulo de métodos. Para melhor entendimento e clareza das estratégias adotadas pelas pessoas soropositivas que emergiram na ocasião do mapeamento, fizemos uma síntese utilizando de um fluxograma. Desta forma, as categorias e suas respectivas análises estão representadas pelo esboço a seguir, que pôde ser construído mediante a organização e a reflexão relativas aos dados que tinham como objetivo esse primeiro **olhar: panorâmico**.

**Figura 9:**

As possibilidades encontradas para se viver o amor e o sexo.

**Figura 10:**

Impasses que emergiram no campo, na ocasião do mapeamento, em relações sorodiferentes.

4.2 Pessoas em relações estáveis.

Os dados a seguir apresentam os entrevistados que se encontram em parcerias estáveis²⁴, independente de gênero, orientação sexual e sorologia dos parceiros. Optamos por fazer duas tabulações cruzadas, a fim de pensarmos possíveis interseções entre gênero e geração com a possibilidade de estarem estáveis em suas relações. Assim, nesse quesito, apresentamos os dados gerais e em seguida, sua relação com gênero e depois com a geração.

Tabela 8:

Encontra-se em relacionamento amoroso/sexual estável?

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Sim	38	46,3	46,3	46,3
Não	44	53,7	53,7	100,0
Total	82	100,0	100,0	

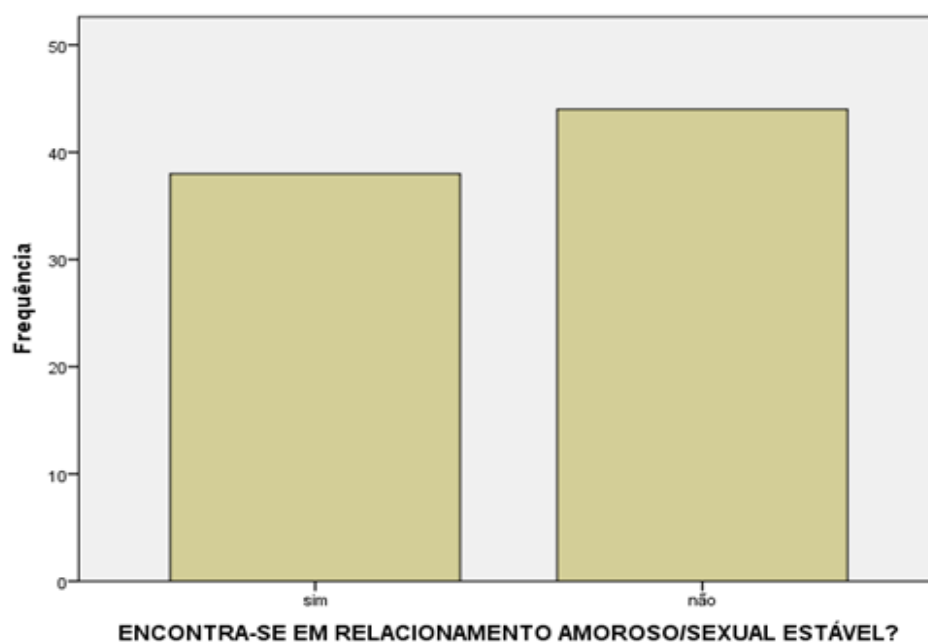


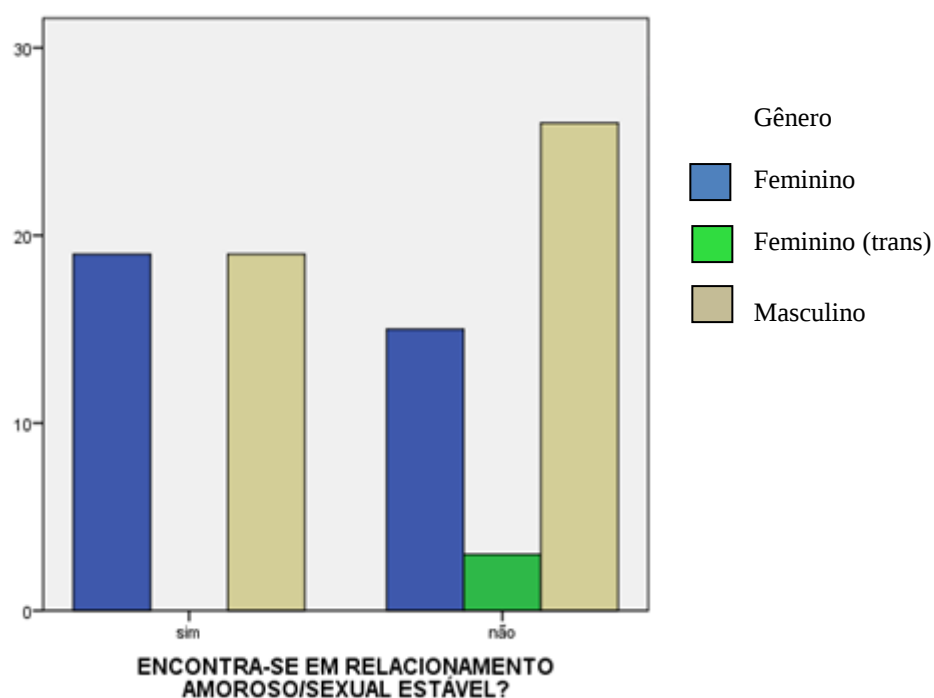
Figura 11:

Encontra-se em relacionamento amoroso/sexual estável?

²⁴ - Entendemos como relação estável - como consideram Reis & Gir (2005) - não somente as que envolvem casamento ou união consensual, mas todas as relações afetivo-sexuais regulares.

Tabela 9:**Encontra-se em relacionamento amoroso/sexual estável? Gênero:****Tabulação cruzada.**

		Gênero			Total
		Feminino	Feminino (trans)	Masculino	
Encontra-se em relacionamento amoroso/sexual estável?	Sim	19	0	19	38
	Não	15	3	26	44
Total		34	3	45	82

**Figura 12:**

Encontra-se em relacionamento amoroso/sexual estável? Tabulação cruzada com gênero.

Tabela 10:**Encontra-se em relacionamento amoroso/sexual estável? Idade do Participante:****Tabulação Cruzada.**

		Idade do participante			Total
		De 18 a 30 anos	31 a 50 anos	De 51 a 65 anos	
Encontra-se em relacionamento amoroso/sexual estável?	Sim	10	21	7	38
	Não	14	26	4	44
Total		24	47	11	82

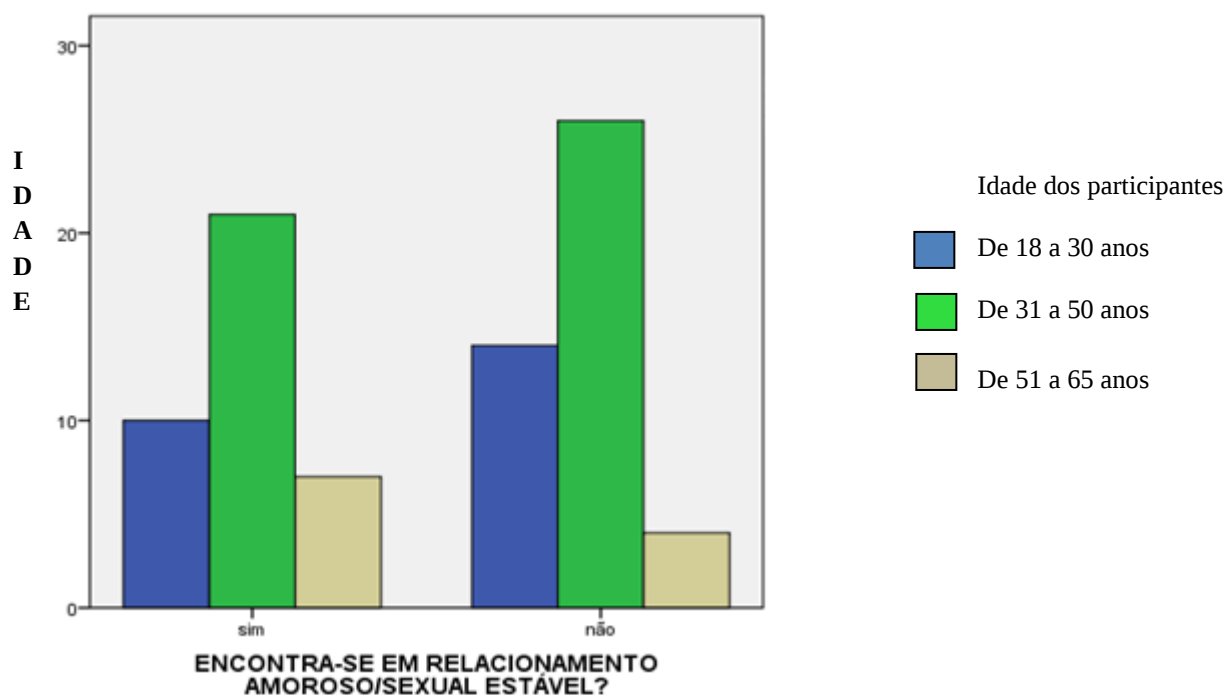


Figura 13:

Encontra-se em relacionamento amoroso/sexual estável? Tabulação cruzada com idade.

É possível perceber uma ausência de conexão entre estar em um relacionamento estável e a geração. No entanto, chama-nos a atenção um maior número de indivíduos do gênero masculino que não está em relacionamento estável e o mesmo se repete com as mulheres trans. Nos dados que demonstramos a seguir, poderemos inferir uma razão para esta ocorrência entre nossos entrevistados. Por outro lado, o estar se relacionando não significa ausência de conflitos nas relações. Ao contrário desse pensamento, de acordo com os relatos registrados em diário de campo nesse momento de entrevistas para o questionário, as dificuldades relativas às relações foram muitas. Estas precisam ser consideradas a partir do momento em que foram estabelecidas. Os impasses vividos nesse contexto de relação apresentam diferenças entre os casais cujo diagnóstico do HIV foi esclarecido antes daqueles que descobriram depois de estabelecida a relação. Sabemos da interferência desse aspecto na convivência entre os casais e sua consequente aceitação da sorologia positiva para HIV no

contexto da díade. No entanto, esse dado não aparece no contato com o campo e nem considerado na parte quantitativa da pesquisa. Desta forma, este permanece como sugestão para ser contemplado em futuras investigações.

Tabela 11:

Casais sorodiferentes: O (a) parceiro (a) apresenta diagnóstico positivo para HIV?

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Sim	08	9,8	19,5	19,5
Não	33	40,2	80,5	100,0
Válidos	41	50,0	100,0	
Total	82	100,0		

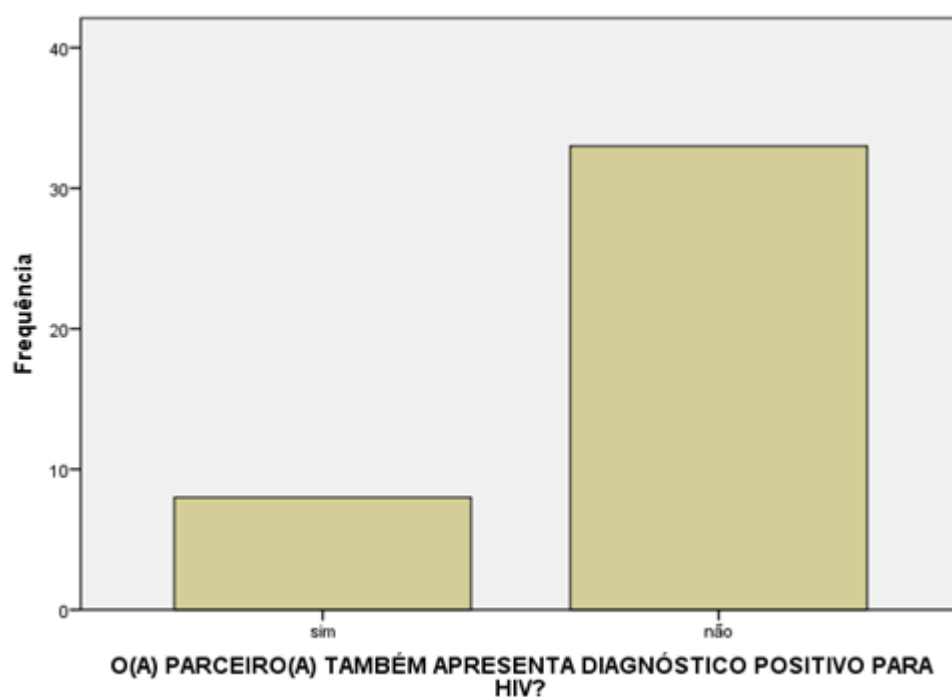


Figura 14:

O parceiro (a) também apresenta diagnóstico positivo para HIV?

Daqueles que estão se relacionando, 40,2%, ou seja, 33 pessoas entrevistadas estão em relações sorodiferentes. Dos participantes em relações sorodiferentes, 42,3% dizem-se tranquilos em suas relações. Não percebem muitos desafios em se relacionar com pessoas

com uma sorologia diferente de sua própria. Já os outros 57,7% referem-se a conflitos diversos. Assim, como mostraremos a seguir, um dos impasses que aparecem nas relações entre pessoas com distintas sorologias é a **abstinência sexual entre o casal**.

Tabela 12:

Se o (a) parceiro(a) é soronegativo(a): vocês têm vida sexual ativa?

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Sim	30	36,6	88,2	88,2
	Não	04	04,9	11,8	100,0
	Total	34	41,5	100,0	
Ausente	Sistema	48	58,5		
Total		82	100,0		

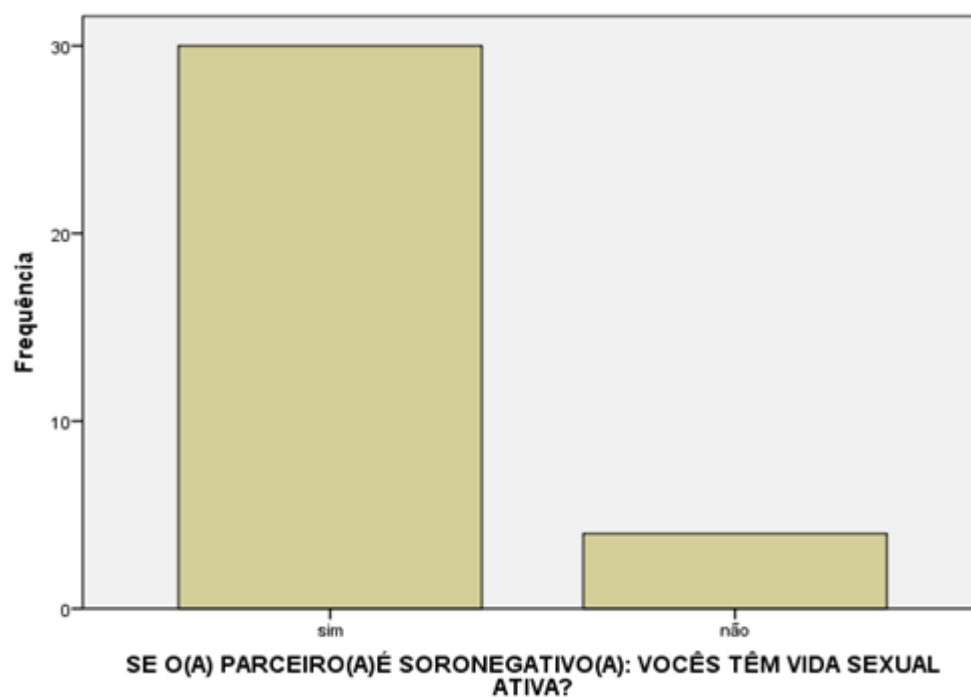


Figura 15:

Se o (a) parceiro (a) é soronegativo (a): vocês têm vida sexual ativa?

As tensões vividas entre casais sorodiferentes podem ser sintetizadas nessa etapa da pesquisa, em três dilemas básicos:

- O desafio com relação a práticas sexuais seguras, proporcionando a busca por alternativas como as da abstinência sexual na relação a fim de minimizar possíveis situações de risco.
- A dificuldade em se revelar o diagnóstico para parceiros soronegativos, provocando em alguns momentos, a manutenção do segredo no interior de relações estabelecidas e estáveis;
- A dinâmica que se instaura gerando tensões entre confiar e tornar-se confiável no interior do casal com sorologia distinta.

Entre os casais sorodiferentes, 19,2% está em abstinência sexual em suas parcerias. Um homem de 55 anos esclarece que: *“desde que descobri, não tenho relações, não fazemos nada. Eu tenho medo e ela não quer.”* Essa entrevista foi realizada com o casal e a esposa diz que: *“vou cuidar dele, mas não quero mais nada”*. O clima de tensão e de culpabilização do outro durante esses relatos foi intenso. O homem soropositivo ressentido pela não compreensão da companheira e esta, por sua vez, tendo no vírus a prova concreta de sua infidelidade. Silva (2012) pesquisou casais sorodiferentes e apresenta a confiança como pilar central nas relações. A infecção pelo HIV traz um sentimento dubio na diade no que diz respeito a esse aspecto. Ao mesmo tempo em que estar em uma relação traz proteção, o vírus vem mostrar que o pacto de confiança foi corrompido. Nesse caso, a “omissão da verdade” coloca em xeque a confiança porque dizer de si para o outro, segundo ela, é uma forma de reafirmar os laços. Sonegar informações, desta forma, desestabiliza a relação. Portanto se a familiaridade traz proteção, o vírus passa a ser visto como um intruso, sendo um terceiro elemento estranho e contrário à unidade dos dois.

No entanto, não se trata de ser esse o único motivo para a abstinência entre os casais. Um interlocutor do gênero masculino, conta-nos que engravidou a esposa soronegativa por

descuido e que felizmente essa não contraiu o vírus. Mas que depois de perceber a eminência do risco e a fragilidade da relação, não mais conseguiu manter uma vida sexual com sua esposa por medo de contaminá-la. Conta-nos:

*Não tenho vontade de me relacionar com ela, porque tô sentindo como se tivessem sido **criminoso** comigo e como se eu fosse ser **criminoso** com ela. Não quero me sentir assim. A relação com camisinha mudou muito e toda hora eu me lembro que eu tenho o vírus e do controle que tenho que ter.*

O enunciado **crime** aparece essa única vez na pesquisa, mas é bem significativo ao representar o discurso da aids e do risco, nas interfaces em que se encontram com sexualidades consideradas à margem. Para facilitar a análise, recorremos a Eleutério (2001), que propõe uma análise histórica desse conceito no âmbito jurídico. O autor trabalha o conceito, dizendo tratar-se, antes de tudo, de um fato expresso por vontade ou omissão, com resultados negativos e prejudiciais para a vida de pessoas, bens ou interesses. Faremos um paralelo com o conceito de Richard Miskolci (2007) acerca do que ele chama de “pânico moral”, ao referir-se aos movimentos de oposição às possibilidades de transformação social. Em relação às sexualidades que se encontram fora da norma, instaura-se o “pânico moral”, como um dispositivo normalizador. Desta forma, torna-se fácil pensar no HIV como **crime**. Essa concepção não só se relaciona ao risco real de transmitir ao outro um vírus, mas está fortemente associado a padrões considerados desviantes, marginalizados. Fica mais clara a associação da moral em detrimento do risco real, quando pensamos em outras patologias transmissíveis. Nenhuma delas é percebida como **crime**.

Silva (2012) em seu estudo com casais sorodiferentes argumenta que o sexo tem um papel fundamental na relação e o vírus atinge exatamente esse aspecto importante, transformando a relação com ele em um grande desafio. O medo, nessas situações, segundo a autora, permeia as relações sexuais, servindo de obstáculo para a espontaneidade entre o casal. O sexo de acordo com a mesma autora passa a ter duplo sentido, de aproximação

afetiva e física, ao mesmo tempo em que relembra a presença do vírus em suas vidas. Em outro relato, uma mulher de 47 anos, apresenta a mesma dificuldade e utiliza-se da abstinência como forma de proteção do parceiro.

Um de nossos entrevistados para história de vida, homem e de 34 anos, também se encontra em relação estável e sorodiferente com outro homem após uma trajetória permeada de desafios com suas parcerias anteriores. Os conflitos são ressaltados por seu relato:

(...) - Não, meu namorado não teve nada, mas ele foi o primeiro indicador do preconceito. Ele não me tocava. Aquela coisa do tipo tô aqui para te dar suporte, mas mal dava um abraço, um beijo, dizia que a boca estava sangrando, umas coisas bobas assim, sabe? Sexo então nem pensar, nenhuma intimidade de jeito nenhum. Depois eu fui percebendo: ele não tá cuidando de mim, ele tá me isolando.

Essa foi uma relação que já era anterior ao diagnóstico positivo para HIV. Em razão dos inúmeros conflitos e da dificuldade de seu parceiro lidar com a presença do vírus em suas vidas, separaram-se. A atitude dúbia de permanência do seu parceiro ao seu lado, mas excluindo possibilidades de contato físico, marcam o preconceito e a discriminação vividos no interior do relacionamento “amoroso”.

Outras duas mulheres vivem em conflito constante com seus parceiros, que não aceitam sua condição sorológica, dizendo que: “*ele joga isso muito na minha cara até hoje*” e “*meu marido não faz isso comigo não. Ele me trata muito mal, fala com grosseria, não conversa desde que descobri o vírus*”. Nesses dois relatos, percebe-se o discurso machista instaurado na dinâmica do casal. O HIV associado a comportamentos promíscuos não é ainda tolerado em mulheres casadas. Para Silva (2012), a forte associação do HIV com determinadas práticas tidas como promíscuas, traz à tona esse tipo de argumento entre os homens que, segundo foi constatado em sua pesquisa, permanecem reafirmando a divisão entre mulher de “casa” e mulher da “rua”. Com as primeiras, é possível estabelecer uma relação de confiança. Já as últimas, são tidas pelo universo masculino como “perigosas”. De

acordo com Maksud (2007), a mulher soropositiva experimenta uma depreciação social dupla. Em um primeiro instante, em relação a sua moral e em um segundo momento, ela é desqualificada como parceira sexual. Desta forma, a diferença de gênero vem consolidar a desigualdade. A transmissão por relação sexual, no caso das mulheres, proporciona um questionamento de sua moral e dos papéis que desempenha socialmente, como o de mãe, por exemplo.

Tabela 13:

O segredo em parcerias estáveis e sorodiferentes : Se o(a) parceiro(a) é soronegativo(a), ele(a) conhece seu diagnóstico?

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	sim	26	31,7	72,2	72,2
	não	10	12,2	27,8	100,0
	Total	36	43,9	100,0	
Ausente	Sistema	46	56,1		
Total		82	100,0		

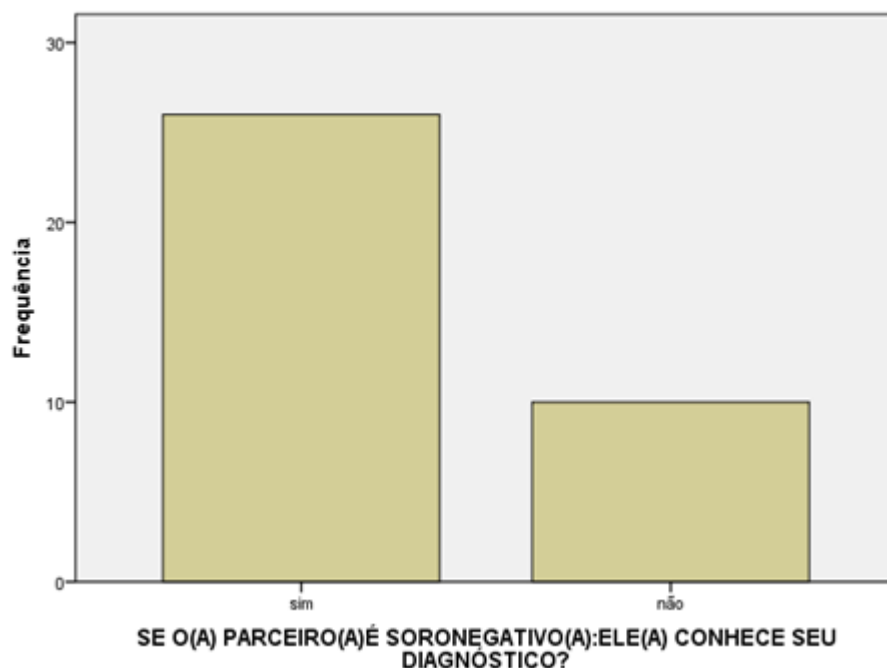


Figura 16

O segredo em parcerias estáveis e sorodiferentes.

Um dado que muito nos chamou a atenção, foram os 12,2% de indivíduos em relações estáveis sorodiferentes que se mantêm em segredo nessas relações. Segundo Maksud (2012), esse é um importante contexto de tensões e silêncios para a maioria das pessoas vivendo com HIV. O recebimento da notícia da soropositividade exige dos parceiros soronegativos certas “habilidades” para a continuidade do relacionamento. Após a revelação do status positivo, segundo ela, é necessário ao parceiro um processo de "amadurecimento", "aprendizagem" e "solidariedade", dizendo emergir uma série de enunciados referidos como “responsabilidade”, “compaixão” e “receio de magoar os parceiros soropositivos”, como tabus que são considerados difíceis de serem abordados abertamente, cabendo a esse parceiro a decisão de permanecer ou não nessa relação binária e desafiadora. Essa escolha acaba por fragilizar e deixar a parte soropositiva da díade em situação de vulnerabilidade. Trata-se aí de uma relação de poder que se estabelece na relação do casal, reafirmada a partir da decisão do outro.

Para Silva (2012) a revelação do diagnóstico entre casais, deflagra uma série de correlações entre os imaginários da aids. Assim, o soropositivo se depara com o medo de revelar o diagnóstico para uma pessoa que ainda não conhece bem e ser julgado por ela e ainda correr o risco de perder a relação e ser exposto pelo parceiro. No caso das pessoas que permanecem em silêncio nas relações, que por essa razão permanecem invisíveis nos estudos sorodiferentes, o medo da perda se cristaliza em um comportamento constante e o segredo passa a fazer parte da relação. Buscamos em Maksud (2007) um melhor entendimento para a estratégia do silêncio. De acordo com a autora, os temores da discriminação podem levar a essa escolha na relação. Assim, o medo do abandono é recorrente, principalmente quando a pessoa soropositiva já o experimentou em outras relações.

Um homem de 57 anos problematiza melhor a natureza do conflito da revelação do diagnóstico a parecerias fixas, traduzindo da seguinte forma:

*É uma faca de dois gumes: você vai viver em total **solidão**? Ainda mais em **cidade pequena**. **Ninguém aceita** não. A gente **sente culpa** e tem momentos muito difíceis. Reza muito pra não chegar **a prejudicar ninguém**. Me sinto um grande **ator**. O ser humano não nasceu para ficar **sozinho**. **Nunca senti nada**, mas não posso dividir. Isso é um **tormento**...(choro).*

Ainda considerando todo o aparato tecnológico e de medicamentos, que garante melhoria na qualidade de vida e diminuição da transmissibilidade do vírus, revelar o diagnóstico permanece sendo uma grande dificuldade. Desta forma, o temor pela visibilidade acarreta uma série de impedimentos na vida das pessoas que vivem com HIV (Nascimento, 2007). Quando se trata de pessoas de convivência eventual ou não expostas a riscos de serem contaminadas, a situação é menos complexa, mas ao considerarmos as parcerias sexuais, principalmente as amorosas, a questão se complexifica bastante. Silva (2012) considera que a condição de revelação coloca o membro soropositivo da díade exposto a uma situação de julgamento de ter que provar que é uma pessoa confiável perante o outro. Já Maksud (2007) considera que se dizer soropositivo ao parceiro (a) produz uma série de inquietações e dúvidas sobre como irá reagir a pessoa que escuta. Teme-se, com isso, a rejeição do parceiro e a diminuição de seu próprio valor na relação. Além disso, foi possível perceber nos relatos, que não se trata de dizer somente de um vírus. Trata-se de colocar em xeque a própria identidade perante o outro. Outro que não é uma pessoa qualquer. É alguém que representa o objeto de investimento de amor e desejo e, assim, é de grande importância.

Este relato proveniente das entrevistas para o mapeamento aponta todo o tempo para a encruzilhada moral e ética em oposição ao desejo de estar em uma relação amorosa. O sujeito da fala reside em uma cidade pequena, fato que não devemos desconsiderar. Assim situado, teme com mais veemência a visibilidade de sua sorologia e remete às características prováveis de maior conservadorismo provenientes desse contexto. Mediante esse raciocínio, infere como garantida a possibilidade de uma rejeição caso conte ao parceiro sua situação sorológica. Daí o impasse: ou ele conta e permanece sozinho, de acordo com sua própria

lógica, ou ele permanece em segredo. Na verdade, ambas as alternativas apontam para o isolamento do sujeito, algo tão temido em seu relato. A primeira, diz da solidão imposta pelo outro a partir de uma possível rejeição. A segunda aponta para a solidão imposta pelo segredo. Miskolci (2007) faz uma reflexão em um estudo com homens (que fazem sexo com homens), problematizando a solidão imposta para aqueles que se percebem situados fora dos parâmetros morais socialmente estabelecidos. Ele atenta em sua reflexão, para o obstáculo que tal isolamento representa para a possibilidade de transformação social. Indivíduos isolados em seus armários dificultam a visibilidade social do problema que passa a ser pouco debatido.

Três indivíduos, homens heterossexuais, casados, relataram estar muito bem em suas parcerias. Outro, homem de 48 anos, também relata a boa convivência atual, após um período inicial de alguns conflitos e inseguranças em relação à nova fase na relação. Chama-nos a atenção para o aspecto anteriormente mencionado como relevante considerar, que é o momento da relação em que o diagnóstico ficou conhecido. Nos quatro depoimentos, todos os indivíduos já se encontravam em relacionamentos estáveis. Apesar da notícia do diagnóstico ter gerado impacto, os casais permaneceram juntos em razão da história que já compartilhavam e do vínculo que possuíam.

Dos casais em relações estáveis, 19,5% encontra-se em relações **soroconcordantes**, ou seja, os dois membros da díade são soropositivos. Uma questão pertinente aos casais, cujos parceiros são soropositivos, é a dificuldade na utilização do preservativo. Acredita-se que essa não é uma medida preventiva necessária em razão de ambos já possuírem o vírus. No entanto, os casais podem ter vínculos diferentes em relação ao tratamento, podendo gerar infecção de vírus resistente à medicação ou então, um aumento de carga viral, ou até, uma nova infecção com uma cepa viral diferente. Todas as pessoas entrevistadas pertencentes a

essa categoria, foram infectadas ou infectaram os parceiros com quem vivem atualmente, fato que provoca o surgimento de uma série de conflitos na dinâmica dos casais.

Revela-nos assim um homem de 44 anos, com ensino fundamental, a forma como o HIV fez-se presente em sua vida de casal, demonstrando também, seu desconhecimento sobre o assunto: *Minha mulher que me contaminou há 15 anos. A gente lida bem com isso, mas sempre transa sem camisinha. Isso faz mal, né? Transo com umas muié de rua. Não uso camisinha não. Não pode não, né?* Esse relato demonstra a falta de informação da importância do preservativo até em relações onde se desconhece o diagnóstico do parceiro. Devemos considerar o indivíduo em questão e os marcadores que o condicionam. Sua baixa escolaridade nos remete a sua situação de precariedade social e econômica, como problematizam Camargo Jr. e Parker (2000) ao considerarem o grau de instrução como indicador de variáveis socioeconômicas. Os autores ainda ressaltam o aumento da tendência da chamada pauperização da epidemia, por acometer indivíduos relativos a segmentos mais desfavorecidos da sociedade. A pobreza e o baixo nível de escolaridade dificultam o acesso à informação, tornando essas pessoas mais propensas a não utilizarem de mecanismos de proteção nas relações. Por outro lado, pouco se discute sobre o uso do preservativo em relações soroconcordantes, sendo também previsível esse desconhecimento. Além disso, para Reis e Gir (2005) o uso do preservativo não é uma prática fácil entre casais. Para as autoras, os casais apresentam uma grande desconfiança quanta à eficácia do método, não considerando como seguro. A não utilização do preservativo em relações soroconcordantes vem a partir da crença em não ser necessário prevenir-se em relação a um aumento possível de carga viral ou a uma nova infecção com uma cepa de vírus diferente ou resistente aos medicamentos²⁵.

²⁵ A utilização do preservativo entre casais soroconcordantes deve ser percebida como parte do tratamento. Isso porque o uso da camisinha evita um possível aumento de carga viral entre parceiros, além de prevenir a infecção por HIV de tipos diferentes. Esses casais poderão gerar uma transferência de carga viral entre eles. Ou seja,

A fim de incrementar a discussão, não podemos deixar de considerar que o uso do preservativo em relações estáveis, no que diz respeito àquelas já constituídas antes do diagnóstico, não é uma prática fácil de ser inserida. Reis e Gir (2005) em seu estudo acerca do uso do preservativo entre casais, concluem que após a descoberta do diagnóstico, ocorre uma mudança de comportamento. No entanto, o uso do preservativo é marcado por diversos conflitos, em razão de interferir na intimidade do casal e em seu prazer sexual.

Outra entrevistada, atravessada pelo condicionante de gênero, de 50 anos e também com ensino fundamental, relata: *Sabe como é homem, né? No início, a gente se precavia, mas com o tempo...* Para Paiva *et al* (1998) a forma como as mulheres são inseridas em suas experiências sexuais segue padrões culturais que dificultam a contenção da epidemia nesse público. Para os autores, são estabelecidos culturalmente roteiros sexuais de gênero, ou seja, o que cabe ao homem e o que cabe à mulher, que passam a constituir as diferenças mais essenciais de cada gênero nesse aspecto da sexualidade. Ainda de acordo com Paiva *et. al.* (1998), os marcadores de gênero têm sido descritos nas duas últimas décadas de grande produção feminista. Logo, nesse relato, coisa de homem parece ser não se precaver, ter como objetivo a busca do prazer. À mulher caberia a prevenção, que só é possível no início da relação quando a influência das concepções relativas à sua estabilidade ainda não interfere em seu poder de negociação. Torna-se relevante salientar a pouca discussão acerca da utilização do preservativo feminino. Tal artefato poderia trazer mais autonomia às mulheres, dirimindo dificuldades como as relatadas acima. Reis e Gir (2005) ressaltam a segurança do preservativo feminino é maior, considerando a resistência de seu material, com menores

quando um dos parceiros tem uma carga viral alta, ele poderá transferi-la para o outro através do sexo, aumentando a quantidade de vírus em seu corpo. Assim, uma pessoa que toma os anti-retrovirais corretamente e se trata de maneira adequada, poderá ter a sua carga viral aumentada. Outro prejuízo que pode ser causado é a infecção por vírus resistente. O HIV é conhecido pela sua facilidade de sofrer mutações. Desta forma, se uma das partes do casal recebe uma grande carga de vírus da outra pessoa que já apresentou resistência a um medicamento, ela também poderá criar resistência ao mesmo remédio.

possibilidades de romper-se, apresentando pouca exposição da mucosa vaginal ao sêmen, em comparação ao preservativo masculino.

Nessa direção, um estudo de Camargo e Oltromari (2010) esclarece que há uma crença social que exerce uma oposição entre aids e amor. Segundo os autores esse fato se dá em razão da aids ainda aparecer vinculada a grupos específicos. Desta forma, os indivíduos sentem um estranhamento ao associar o vírus a casais, sendo essa uma justificativa para a não utilização de preservativos nessas relações. Segundo eles, os membros da díade parecem exercer um controle imaginário sobre a possibilidade de transmissão. Para eles, a aposta é feita na relação que necessita de reciprocidade e entrega.

Além do uso do preservativo, os relatos trazem sentimentos de raiva e tristeza por ter sido contaminado pelo outro, que em alguns casos omitiu seu diagnóstico e também o sentimento de culpa por ter transmitido ao parceiro. A ausência de diálogo entre o casal é explícita e narrada por todos. Uma mulher de 40 anos, por exemplo, nos revela que adquiriu o vírus há apenas um mês e quando foi conversar com o companheiro, este já sabia do que se tratava. Outro entrevistado, homem, 32 anos nos diz que sua esposa descobriu-se soropositiva no pré-natal. A partir do que foi constatado, não consegue mais relacionar-se sexualmente com ela. Para ele: *“é como se tivessem sido um criminoso comigo e como se eu tivesse sendo um criminoso com ela”*. O sentimento de culpa é muito presente nesse relato, que aparece com argumentos que relacionam o HIV à tendência social de sua criminalização. Nesse sentido, buscamos em Camargo e Oltromari (2010) argumentos para esses conflitos vividos na dinâmica dos casais. Para os autores, o amor e a relação estável se constroem mediante a troca de concepções sociais acerca dos relacionamentos, apresentando-se também como um jogo como qualquer outra forma de interação social. Nessa perspectiva, os casais possuem a crença de que o amor garante a confiança no outro, proporcionando um sentimento de segurança no interior da relação. Logo, o choque, a surpresa de se ver infectado por alguém a

quem se ama e com quem se mantém uma relação. Da mesma forma, o medo e a culpa de expor o outro à infecção pelo HIV.

Nessa direção, emergem conflitos relativos à confiança. Outros entrevistados abordam em seus relatos as tensões provenientes desse aspecto na relação. A aparente proteção que estar em um relacionamento estável proporciona é rapidamente desconstruída com a descoberta de aspectos ainda não conversados entre os casais, entre eles, inclusive, os que dizem respeito à própria sorologia do HIV. Após a surpresa da descoberta de algo anteriormente não revelado, instaura-se a desconfiança e uma série de conflitos podem ser vivenciados. Abordando essa questão, uma informante de 37 anos, que convive com o HIV há 16 anos e encontra-se casada com um homem também soropositivo, esclarece-nos como descobriu o diagnóstico do parceiro e posteriormente o seu:

Meu marido tinha o HIV e não me contou nada. Minha sogra sabia e não concordava. Então ela pediu que eu ficasse escondida, para que eu pudesse escutar da boca dele o que acontecia.

Após inúmeros conflitos, decidiram permanecer juntos, mas a descoberta de seu diagnóstico foi marcada por uma série de desafios e questões que remetiam a sua própria saúde, seu futuro e questões relativas ao seu marido, que ela ainda não conhecia. Desta forma, instaura-se um momento de inúmeras revelações e descobertas entre o casal, de aspectos, todavia, ainda não discutidos.

A interferência de terceiros em relação ao diagnóstico aparece em outro relato de um homem de 51 anos, também em relação soroconcordante, que também convive com o vírus há 16 anos e se relaciona com homens. Em seu caso, ele nos diz que foi muito difícil contar ao parceiro logo quando soube de seu diagnóstico. Estava preparando-se para fazê-lo, mas não foi possível para ele mesmo contar, porque segundo ele:

Foi muita fofoca. Antes de contar, ele já sabia. Todos já sabiam e eu não tinha ideia de como isso aconteceu. Como as pessoas ficaram sabendo e quem contou. Acho que é porque eu tinha lanchonete. O movimento até caiu.

O que parecia ter sido um conflito ético na narrativa anterior, onde a sogra percebe que há uma exposição inconsciente e constante ao risco e por isso decide contar pelo filho, nesse segundo caso, não é um conflito ético que mobiliza as pessoas a revelarem o diagnóstico de nosso informante. A forma como a situação se desenrola vai além da relação de casal, provocando uma superexposição não consentida, inclusive no contexto de trabalho de nosso entrevistado. Essa exposição é movida pelo preconceito, que encontra na divulgação do diagnóstico uma forma de marcar, estigmatizar e segregar. O meio, desta forma, também age interferindo nas dinâmicas internas e privadas do casal.

A confiança também nos foi narrada a partir da perspectiva de quem não se fez confiável em sua relação. Uma mulher de 43 anos, que convive com o HIV desde o ano 2000, conta-nos como após seu diagnóstico, viveu uma série de conflitos na relação, até adquirir certa estabilidade e dos meios que utilizou. Assim esclarece:

Quando meu marido ficou sabendo do HIV, terminou comigo. Ele começou a namorar minha amiga e a engravidou e depois de anos, quis voltar pra mim. Nós voltamos e ele só queria usar camisinha. Mas como ele tinha engravidado minha amiga, tinha que me engravidar também, né? Aí, furei a camisinha e engravidei. Estamos juntos até hoje.

Essa é uma exceção entre tantos outros relatos. Apesar de sua importância, por ter emergido em campo, não configura como representativo de uma maioria. Nosso cuidado, nesse caso, é necessário, em razão de tendências estigmatizantes e criminalizadoras em relação ao risco que o HIV representa. No entanto, é possível perceber na narrativa, os interesses individuais prevalecendo sobre os da relação e o bem-estar do outro. A informante foi movida pelo *status* relacionado à maternidade e pelo desejo de manter esse homem ao seu lado, que uma vez já a havia abandonado.

Já outra entrevistada, diz que sua preocupação é com o marido porque “*este não quer se tratar e já tem o vírus há muitos anos.*” Desta maneira, as tensões são ampliadas em contextos de casais, ainda que soroconcordantes. Se o desafio não é consigo mesmo, com sua saúde, tratamento e perspectiva de vida, tende a ser com o outro, em uma dinâmica constante e relacional dos prejuízos que já se causaram, ou que ainda podem causar e do incessante controle que ambos têm que ter sobre seus corpos.

4.3 Vivendo em abstinência.

Tabela 14:

Mantém relações sexuais eventuais? Encontra-se em relacionamento amoroso/sexual estável? Tabulação cruzada.

		Encontra-se em relacionamento amoroso/sexual estável?		Total
		Sim	Não	
Mantém relações sexuais eventuais?	Sim	6	16	22
	Não	31	28	59
Total		37	44	81

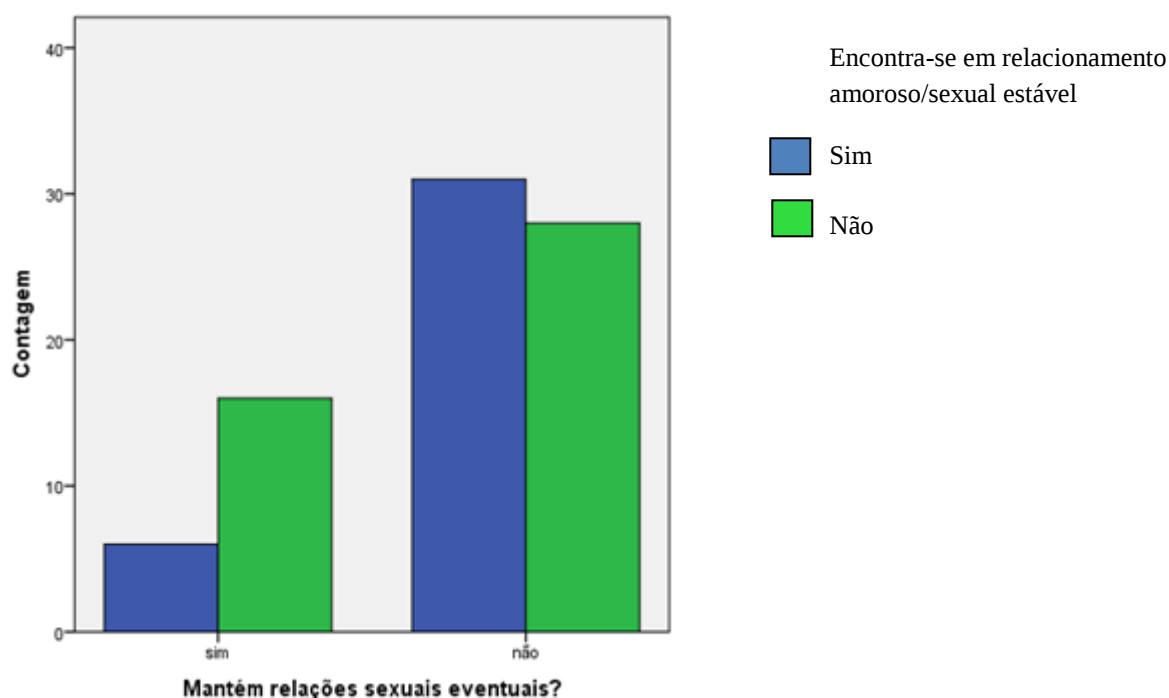


Figura 17

Mantém relações sexuais eventuais? Encontra-se em relacionamento amoroso/sexual estável? Tabulação cruzada

34,14% das pessoas entrevistadas não estão em relacionamento estável e não mantêm relações eventuais, ou seja, encontram-se em abstinência sexual. Não se trata, contudo, de uma escolha livre desses indivíduos. A revelação do diagnóstico aos parceiros sexuais é fator preponderante para essas pessoas. Estas não veem como possibilidade estar numa relação, ainda que eventual, sem dizer de sua condição sorológica, ou não se interessam por relações esporádicas, desejando estar em parcerias fixas. Não acreditam na possibilidade de serem aceitos pelo outro ao dizerem de si ou temem correr o risco de serem rechaçados ao falarem de sua realidade sorológica. Desta forma, a única saída possível lhes parece ser a evitação de contatos sexuais ou amorosos. Fato que não se concretiza com a ausência de sofrimento. Nesse aspecto, é esclarecedora a fala de um homem de 31 anos, que faz sexo com homens:

Tenho tido muitos conflitos com dois meninos que tenho achado muito interessantes. É que eles têm sido tão abertos e tão legais que eu fico assim, né? ...pensando se não deveria logo contar antes de transar. Porque se não contar, depois não posso gerar muita raiva não? Mas se contar antes, eles podem não aceitar... Tenho pensado muito nisso e não saio disso.

Esse entrevistado problematiza o momento em que se deve contar. A partir de uma perspectiva ética e considerando a possibilidade de esconder, por um período, o diagnóstico do parceiro, para que possa fazê-lo em um momento de maior envolvimento, considera a hipótese de gerar raiva no outro, por algo importante ter sido omitido. Ao mesmo tempo, uma revelação em um momento precoce, pode gerar a rejeição que ele tanto teme. Busca-se aí, uma saída para o impasse, administrando o “momento propício” para estabelecer esse diálogo entre o casal. Os jogos discursivos produzem um sujeito soropositivo que se culpabiliza por não contar ao passo que há a eclosão do medo enquanto estratégia que o protege das questões que permeiam a revelação, tornando esse ato um dispositivo que faz ver e falar o lugar marginal que uma pessoa HIV positivo ainda ocupa no estabelecimento de relações afetivo-sexuais. Mas entra novamente no conflito, ao não encontrar para si, uma solução satisfatória

com base no argumento do tempo. Maksud (2007) reflete sobre esse impasse, por considerar que a partir da descoberta do diagnóstico, a pessoa com HIV, passa a estar investida da identidade de paciente, com a qual ele se identifica e também é reconhecido como pelos demais. Assim, delineia-se o que a autora considera ser a identidade soropositiva, que gera tensões nos relacionamentos, podendo provocar rupturas, mas acima de tudo, passa a evidenciar uma diferença entre o par. Ela permanece em sua reflexão, argumentando que o instante da revelação sugere a necessidade em se dizer de assuntos íntimos, com possibilidades de emergirem nesse embate, argumentos de justificativa e contra-argumentos de acusação, podendo ser um momento de também revelar práticas ainda não publicizadas.

Um entrevistado homem que se relaciona com homens, com 48 anos, encontra-se em abstinência após inúmeras frustrações com parcerias anteriores. Ele esclarece a sua decisão atravessada pelas exigências do ideal do amor romântico:

*Nesse momento eu não quero buscar o amor novamente, porque é frustrante, dói. Eu acho **que já senti muitas dores terríveis na minha vida**, então é melhor deixar acontecer, se tiver acontecer vai acontecer naturalmente, eu não vou ficar paquerando, até porque eu não sou de ficar paquerando na rua, eu sempre fui muito direto quando eu quis ter alguém e na maioria dos meus relacionamentos eu nem me aproximei muito eles que se aproximaram de mim, não sei se tem alguma coisa haver eles se aproximar, uma ou outra pessoa que me aproximei e eu sempre fui muito direto, não sou de ficar falando uma coisinha ou outra não, então eu sempre fui muito direto nas minhas coisas! E hoje eu não dou conta disso. E eu não vou ficar esperando ninguém em ponto de ônibus, na fila do banco, eu não vou ficar saindo à noite.*

As dores as quais ele se refere são relativas à rejeição das pessoas quando este conta de seu diagnóstico. Este interlocutor tentou algumas vezes construir relações, mas ao dizer do vírus, não foi bem-sucedido. Não encontrou alguém que aceitasse essa empreitada desafiadora que é viver com a presença do vírus. Silva (2012) considera que é grande o desafio das pessoas que necessitam falar do HIV em relações constituídas após a descoberta do diagnóstico. Ela aponta alguns agravantes para essas situações, como ter que dizer de algo íntimo para alguém que ainda não se conhece bem. Muitas questões encontram-se envolvidas

nesse momento, como a confiança de que o outro vai saber lidar com a situação de forma madura e ética.

Desta maneira, várias reflexões puderam ser articuladas a partir dessas entrevistas estruturadas realizadas para o mapeamento dessa pesquisa. Emergiram provocando conflitos e tensões, que muitas vezes podem parecer quase intransponíveis. Deve-se contar? Se sim, qual o momento para dizer do diagnóstico? Corre-se algum risco em ser abandonado, rejeitado em razão do diagnóstico? Nesse caso, é de direito não revelar? Quais os limites entre direito sexual e direito à saúde do parceiro e de que forma a revelação ou não do diagnóstico atravessa essas questões?

Outro rapaz de 20 anos, que faz sexo com mulheres e que contraiu o vírus por transmissão vertical, revela-nos que o risco de rejeição é muito grande ao se contar, logo no início de uma relação, a própria condição ao parceiro:

Não estou namorando.** A última vez que namorei, contei para a menina. **A menina contou para a mãe e ela não quis.** Ela não pôde continuar o namoro. Isso aconteceu quatro vezes. Duas meninas não quiseram e duas foram as mães que não quiseram. Eu conto quando começo a namorar. Tem que contar logo, né? **Acho que nunca vai dar certo.

Esse rapaz não chega a pensar em algumas possibilidades como o faz o entrevistado anteriormente mencionado. Para ele, tem que contar logo ao iniciar a relação e sua preocupação ética não o deixa pensar em outras possibilidades. Mais que isso, a lógica confessional opera no sentido de a confissão trazer alívio e evitar possíveis problemas futuros na relação, dentro de uma perspectiva moral de que não contar seria um ato considerado grave dentro de um relacionamento. Devemos também considerar a forma de infecção desse jovem – transmissão vertical. Esse não se responsabiliza pelo seu processo de infecção do vírus e contar parece algo mais tranquilo no sentido de que não associariam sua soropositividade às suas práticas sexuais, considerando a lógica discursiva que ainda impera de que quem tem o vírus é “promíscuo”.

No seu caso, no entanto, foram experiências avassaladoras de rejeição, que reforçaram sua crença de não ser possível construir uma relação. Uma dificuldade encontrada nesse relato, diz respeito à geração. Ele é muito jovem, tendo contraído o vírus por transmissão vertical. Suas namoradas também foram mulheres bastante jovens, por isso, tiveram o recurso de contar para a mãe a respeito do diagnóstico do namorado. Assim, no tênue limiar entre a possibilidade e a rejeição, as pessoas que optam pela abstinência antecipam a solidão do rechaço, impedindo-se de antemão correr o risco de não ser aceito pelo outro. É preciso, no entanto, que tal restrição seja analisada pela perspectiva dos direitos humanos. Zucchi, Barros, Paiva e Junior (2010) argumentam a restrição de direitos humanos é uma das características mais marcantes da epidemia da aids. Os autores perceberam em sua pesquisa com adolescentes e jovens, que a maioria dos episódios de preconceito vividos por adolescentes e jovens ocorreu em circunstâncias de namoro/ sexualidade. Eles ainda alertam que tais episódios dirigidos aos jovens com HIV, indicam o quanto a discriminação pode aprofundar desigualdades sociais, constituindo obstáculos ao direito à vida afetiva desses jovens.

Outra participante, mais madura, mulher de 56 anos, durante a entrevista para história de vida, relata que até o momento de nosso encontro, ainda não havia se permitido arriscar nessa empreitada de um relacionamento. Desta forma, ela nos conta:

*Na verdade, consigo conviver com a família e com amigos, **mas não consigo acreditar na possibilidade de reconstrução amorosa. Eu tenho desejos, mas é como se eu convivesse com algo negro, escuro, que não tem brilho e que está sempre ali, incomodando.***

Esta entrevistada não vislumbra a possibilidade de uma relação amorosa. Desta forma, optou por recolher-se a arriscar-se. De acordo com Zucchi et al (2010) as associações mobilizadas entre aids, punição e desvio, foram constituindo diversos estereótipos de

explicações imprecisas sobre a epidemia, fomentando respostas de discriminação e preconceito. Nesse sentido, como a entrevistada faz em sua fala, há uma associação da soropositividade com algo escuro e sem brilho, que incomoda a ponto de não perceber novas possibilidades no campo amoroso. Ela argumenta a partir de uma necessidade de reconstrução amorosa, como se após a descoberta do vírus, sua vida amorosa tivesse sido destruída e necessitasse ser construída novamente, produzindo dessa forma uma associação entre diagnóstico positivo e impossibilidade de vida amorosa.

Uma outra interlocutora de 28 anos aprofunda um pouco mais o debate quando acrescenta ao desafio de contar ou não e de quando contar, o fator confiança. É necessário para essa pessoa, confiar em quem se conta a própria sorologia e isso, para ela, é complicado quando se tem pouco tempo de relacionamento. Ela acrescenta, também, a dificuldade em adiar o momento da revelação em razão do uso do preservativo. Considerando ser ela do gênero feminino, argumenta que ser complicado para as pessoas (homens) se comprometerem com seu uso. O desafio parece encontrar nesse momento argumentos que o deixam quase intransponível:

Não tenho me relacionado com ninguém. Não quero como fazem outras pessoas. Quero coisa séria. Mas é difícil. Se eu contar logo para a pessoa que eu tenho o vírus, ela pode sair contando pra todo mundo. Não dá pra confiar assim. Além disso, tem a camisinha que ninguém quer usar.

O tema da confiança é trabalhado na pesquisa de Silva (2012). Ela considera a partir de seu contato com casais sorodiscordantes que a confiança passa a ser elemento essencial em uma relação. No entanto, ela vai sendo construída aos poucos, a partir do cotidiano das relações e do aprofundamento da intersubjetividade entre os parceiros. Desta forma, a pessoa soropositiva vai construindo o que a autora denomina de “expectativas confiáveis”, em relação ao outro. Estratégia essa, que procura configurar um contexto de maior segurança,

mas que ainda assim, demonstra o quão frágeis encontram-se esses indivíduos diante do outro e quanto esse universo de relações ainda está contaminado pelo vírus social.

O medo de transmitir o vírus a outra pessoa aparece em um relato de um jovem homem de 22 anos. Este já não problematiza a rejeição proveniente de dizer de sua sorologia ao parceiro. Pesa para ele a possibilidade de vir a causar sofrimento como considera que aconteceu com ele. Esclarece assim:

É algo maior do que eu esse vírus. Não consigo mais me relacionar com ninguém, porque não quero fazer com as pessoas o que fizeram comigo. Sei que não contamina se usar a camisinha, mas é maior do que eu.

Este jovem possui carga viral indetectável. A possibilidade real de transmissão do vírus é muito pequena. Mas mobilizado pelo discurso do risco, não se permite relacionar-se sexualmente com outras pessoas. É possível perceber nesse relato, a moralidade em torno do discurso do risco e os obstáculos que este gera na vida nos indivíduos, provocando inúmeras restrições. Quando ele diz que - *é maior do que eu*, aponta para a irracionalidade dos limites que se impõe, mas a moral entendida em sua fala com - *não quero fazer aos outros, o que fizeram comigo* - suplanta qualquer possibilidade de tentativa nesse momento. Aqui, ele deixa de considerar que existem cuidados possíveis de serem tomados a fim de controlar e prevenir o risco, que não foram observados na ocasião de sua infecção. A pessoa soropositiva, nesse relato, se coloca não como alguém que tem um vírus, mas como o próprio vírus, como se qualquer contato sexual por si só ocasionasse a transmissão, independente das circunstâncias do ato. Desse modo, toda a sua subjetividade e desejos são suprimidos em uma lógica que coloca o sujeito em uma posição constante de risco, que, exatamente por essa possibilidade, deve se colocar em vigilância para não “fazer com as pessoas” o que “fizeram comigo”. Logo, há a abstinência sexual enquanto possibilidade discursiva de lidar com tal impasse.

4.4 Vivendo com relações eventuais.

A solução para a equação descrita acima – “só devo contar para quem tenho confiança, mas em quem confio, pode não me aceitar” – parece ser, para alguns, a escolha por relações eventuais. O impasse da revelação do diagnóstico continua sendo o mesmo. Similares são os medos da rejeição e a crença em não ser aceito pelo outro. Mas esse grupo acredita que em se tratando de relações esporádicas, não há a necessidade ética de se falar do diagnóstico. Desta forma, sentem-se livres do conflito e se permitem viver sua sexualidade sem o compromisso ético da revelação. Para a maioria, a utilização do preservativo é garantia para a proteção do outro e para que sejam evitados possíveis sentimentos de culpa.

Das pessoas que participaram dessa etapa da pesquisa, 19,5% optaram por esse tipo de relacionamento. Os relatos desse grupo de indivíduos composto por gerações, gênero, orientação sexual e graus de instrução diversificados, foram bastante similares. Esclarece-nos assim, um entrevistado para história de vida, de 48 anos, que se relaciona com homens:

Namorei três pessoas depois do diagnóstico. Quando contei pra eles, eles terminaram o namoro. Acho que não vou mais namorar depois disso, porque parece que ninguém sabe ao certo como lidar com essa questão.

Os argumentos de “*não sei lidar com isso*” ou “*não tenho estrutura psicológica pra isso*” são enunciados que se repetem em diversos depoimentos de quem sofreu alguma rejeição por ter o diagnóstico positivo para HIV. Trata-se de um forte enunciado, ancorado no discurso do HIV/aids do início da epidemia, que traduzia o vírus como algo relacionado à morte eminente, a um tipo de adoecimento que degrada e expõe o corpo com características específicas, deixando expostas suas marcas e que, ainda, está associado a comportamentos promíscuos e marginais. Mais que isso, podemos perceber como o discurso da aids produz

uma invisibilidade dessa questão frente à possibilidade amorosa e sexual, um silenciamento que permite que “ninguém sabe ao certo como lidar com a questão”.

Assim, a escolha por se manter relações eventuais, tal como a abstinência, aparece como um escudo protetor contra possíveis situações de abandono. O preconceito no discurso da aids aparece de forma explícita na narrativa desse homem de 48 anos:

*...a gente pode dizer que tem herpes, **lúpus**, **imunidade baixa**, **gripe**, **tudo...** menos HIV. A gente pode dizer que tem câncer e tudo bem. **Se disser que tem HIV a pessoa já sai contaminada.***

Com esse relato, o participante sintetiza a dificuldade em dizer de si. O diagnóstico parece trazer à tona uma série de imagens que estão relacionadas com quem vive com o vírus e que foram historicamente construídas. Esse relato fala do corpo do sujeito soropositivo. Corpo “pior que um corpo doente”, porque segundo essa narrativa, outras “doenças” são mais aceitas socialmente, ao contrário do HIV. E ainda é um corpo que **contamina**, sendo capaz de transmitir ao outro toda a sua impureza. Nesse sentido, a associação discursiva produz um sujeito como a “em-carna-ção” do HIV, de modo a reduzi-lo ao vírus em detrimento de suas outras possibilidades de identidade. A pessoa deixa de possuir a sua identidade em função da nova posição de sujeito que é forçada a ocupar: a posição de alguém que contamina. Em uma perspectiva capitalista, segundo Machado (1994) existe um estímulo contemporâneo a se redefinir o corpo como objeto de consumo, que é o paradigma do corpo saudável e belo. Aqui, nosso interlocutor estabelece diversos paralelos com outras condições consideradas à luz do saber médico, patológicas. No entanto, estas, segundo ele, não são obstáculos para um relacionamento. O corpo soropositivo sim. Este parece ser inadequado, situado fora dos padrões de saúde e impróprio ao sexo.

A proteção ética nesse tipo de relação aparece no relato também de um homem com 36 anos, que não se vê impelido a ter que contar em relações não estáveis. Ele estabelece um paralelo entre essas duas formas de se relacionar, traduzindo, então sua escolha:

Eu vivo muito bem com o HIV. Nem me lembro muito disso. Mas não quero me relacionar com ninguém porque não quero contar que tenho o vírus e acho que não conseguiria escondê-lo por muito tempo do meu companheiro. Para não viver esse dilema, prefiro evitar e ter encontros somente de vez em quando.

O não dizer e o “não se lembrar muito disso” denotam uma possibilidade discursiva de que, se o diagnóstico se cala, os problemas acabam. Mais uma vez, a estratégia de silenciamento possibilita um alívio para pessoa, visto que consegue viver bem com o vírus, mas ainda desloca para a relação duradoura a necessidade de contar algo que é, em sua concepção, muito íntimo (por isso deve ser compartilhado) e muito negativo (por isso deve ser esquecido).

Em relação a esse aspecto, uma entrevistada para história de vida, com 22 anos e que se relaciona com mulheres, coloca:

*Acho que é por isso que **sexo casual é bom**, porque aí você pensa que está a fim de sair, pega sai para tomar uma cerveja, um vinho, ver uma menina, aí pronto acabou. É muito assim, se torna meio animal, vamos usar mesmo, ele não tem que saber que eu estou usando, vou satisfazer ali e pronto acabou.*

Assim, o tempo de convivência com outra pessoa conta muito na decisão. Alguém com quem já se convive há mais tempo é mais difícil de manter um segredo. Não é o risco de expor o outro a uma possível infecção que está pesando nessas decisões. Mas a intimidade que se estabelece a partir da convivência que coloca em xeque ético a manutenção de algo não dito entre o casal. Principalmente quando esse “algo” é produto de um discurso permeado de preconceitos, medos e associações excludentes e discriminatórias.

5. AS QUATRO HISTÓRIAS DE VIDA E AS VIDAS QUE CONSTITUÍRAM CADA HISTÓRIA.

O presente capítulo é constituído por quatro histórias, com ênfase nas trajetórias de vida. Optamos por esse método porque é o que consideramos mais adequado para dar visibilidade aos sujeitos e suas experiências amorosas e sexuais ainda pouco abordadas em literatura acadêmica. Cada um dos interlocutores apresentou peculiaridades nas relações que estabeleceram consigo mesmos, com seu entorno e com seus possíveis amores, contribuindo para o entendimento das estratégias por eles utilizadas de assujeitamento e resistência/agência. Para que tenhamos uma noção mais clara de trajetória e a fim de que nossos interlocutores participem mais ativamente da construção desse texto que anteriormente consideramos ter uma pretensão polifônica - por intentar ser construído por inúmeras vozes - privilegiamos excertos maiores, mais densos, abrindo um espaço de participação para os sujeitos dessa pesquisa. Mediante essa perspectiva, acreditamos dar mais vida aos excertos, possibilitando, ao leitor, extrair um pouco dos sentimentos e emoções de quem narrou cada história e os significados que iam construindo a partir de cada experiência narrada.

Com esse intuito, foi possível perceber de que forma a experiência com HIV afetou as subjetividades, como foi possível para cada sujeito elaborar essas experiências vividas e de que forma o social fez seu papel no sentido de buscar conformação desses sujeitos. Essa relação entre sujeito e seu entorno foi todo o tempo sendo articulada, ao procurarmos extrair das falas, os discursos nelas imbrincados. Os relatos expressam emoções, problematizam questões e apresentam possibilidades de saídas.

São quatro pessoas com quatro distintas histórias. A primeira apresenta as limitações impostas pelos marcadores sociais de gênero e geração. A segunda possibilita a reflexão do

lugar de abjeção em que esses sujeitos encontram-se na ordem do discurso. A terceira, fala de exclusão, de desespero e morte, na mesma medida em que apresenta resistências que remetem à agência. A quarta história, talvez a mais invisível nas publicações e estudos sobre HIV/aids, refere-se à transmissão vertical, juventude e homossexualidade feminina. Vale ressaltar que todas as pessoas desse momento da pesquisa experienciam a cisgeneridade.

Cada qual criou seu próprio pseudônimo, com base nas experiências vividas com o HIV em relação ao amor e sua própria sexualidade. Estes, não emergiram de forma aleatória e merecem uma análise a parte, por serem enunciados bastante representativos dos discursos da aids, do amor romântico e do risco. Portanto, os nomes escolhidos dizem muito de seus autores e também dos discursos que vêm marcar suas trajetórias. Nossos interlocutores:

Tabela 15:

Os protagonistas das histórias de vida.

Nome	Idade	Gênero	Orientação Sexual	Em relacionamento estável	Forma de infecção
<i>Beija-flor</i>	56	Feminino	Heterossexual	Não	Sexual
<i>Paixão</i>	48	Masculino	Homossexual	Não	Sexual
<i>Príncipe</i>	34	Masculino	Homossexual	Sim	Sexual
<i>Peixinho</i>	21	Feminino	Bissexual	Não	Transmissão vertical

5.1. Ensaios de uma *menina veneno*: aproximações e afastamentos nos percursos da *Beija-flor*.

*Meu corpo anda aves e ventos.
O meu céu é um mundo silencioso das coisas.
O meu espírito é um passarinho voando para tomar banho de rio.
Eu tenho vocação para ser poesia.
Tenho a medida do sol, da chuva e a de um beija-flor.
Tenho em mim pedras e lagartos.*

(Morgado Mbalate - Poeta Moçambicano)

A primeira entrevista em profundidade foi realizada com uma mulher de 56 anos de idade. Já havia participado da entrevista de mapeamento, quando relatara com grande facilidade suas questões em relação a sua experiência com HIV. Foi dito para ela, nesse primeiro momento, acerca da possibilidade de um novo encontro para uma entrevista mais profunda. Convite prontamente aceito. Sua facilidade em dizer de si, contar sua história, o interesse em fazê-lo e a confiança na pesquisadora, foram fatores decisivos para a escolha dessa mulher, elencada entre tantos outros entrevistados, também em razão do gênero e geração. Foram priorizados para esse momento, representantes de distintos gêneros, gerações e orientações sexuais.

Assim, novo contato foi realizado e o convite refeito para mais um encontro. O lugar escolhido pela facilidade de acesso e a privacidade assegurada foi o SAE, ambulatório que a entrevistada já frequenta como usuária. Foi possível perceber, logo de início, uma atmosfera de ansiedade, que camuflava o medo e o desejo de narrar sua história à entrevistadora. De imediato essa tensão foi revelada e a apreensão inicial foi cedendo espaço a uma fala contínua e emocionada.

Foi realizado um pequeno momento de conversa aleatória, para que a interlocutora pudesse estar mais tranquila na posição de entrevistada, momento em que ela inicia contando de um possível flerte. A entrevistadora explica o motivo da entrevista, reforça os objetivos da

pesquisa, solicita que esta conte seu percurso amoroso e sexual após a descoberta do HIV e a entrevistada segue sua narrativa quase sem outras interferências da pesquisadora. Assim, de forma fluida, a entrevista segue como uma conversa, orientada pela fala potente de sua interlocutora.

Logo de início, a entrevistada diz de sua admiração por beija-flores. Salienta que se sente como um deles por seu comportamento de aproximação e afastamento de situações que provocam desejo e medo. A metáfora foi escolhida, assim, pela participante para representá-la. Logo, esta será chamada nessa pesquisa de ***Beija-flor***.

Os beija-flores parecem indóceis. Seus voos rápidos, ora planam, ora voltam de ré, percorrendo distâncias numa agilidade incrível e surpreendendo com a quantidade e intensidade com que bate suas asas. É uma pequena ave, todavia, detém predicados tais como voar para trás e executar manobras consideradas verdadeiros malabarismos, não possíveis noutros pássaros. Vivem entre néctar, saboreando uma doçura de vida, transitando entre flores, alegre e sociável entre seus pares. Assim, para o senso comum, em razão de sua beleza e características únicas e sua harmonia em relação ao meio em que vive, o pássaro nos remete a atitudes altruístas, íntegras, afetuosas e solidárias. Nossa interlocutora apresenta semelhanças com a metáfora que escolheu. Doce e forte, tendo passado por inúmeros desafios em sua vida. Mostra-se identificada com a suavidade e a harmonia do pássaro, mas o aspecto que mais torna claro o processo de eleição dessa metáfora é a forma de contato que os beija-flores estabelecem. Assemelha-se ao seu voo sempre rápido e à passagem fugaz pelas flores. A ideia que transmite é de aproximações sempre rápidas e sua marcha à ré como uma estratégia constante de fuga, assim como nossa ***Beija-flor***. Ela percebe-se fugindo das relações afetivas, com aproximações sempre passageiras, atraída pelos seus desejos, mas com medo de realizá-los.

Ela foi casada, tinha uma relação bastante conturbada com o ex-marido, que não a respeitava, tratava mal, relacionava-se com outras mulheres. Sofreu muito nessa relação e decidiu separar-se. Isso aconteceu com seus dois filhos ainda crianças e então, passou a criá-los sozinha. Ficou desempregada, viveu dificuldades financeiras, teve um dos filhos com problemas sérios de enxaqueca e depressão. Ultrapassou, com aperto, inúmeros desafios na tentativa de conciliar diversos papéis com os quais tinha que cumprir. O de dona de casa, mãe de dois filhos e trabalhadora. Hoje seus filhos estão adultos, um deles casado e outro reside com ela. Ambos estão bem, têm amigos e trabalho. Segundo ela, são carinhosos, amigos e inteligentes. Ela nos conta, então, como foi que conheceu a pessoa com quem se infectou com o vírus do HIV. Com a palavra, **Beija-flor**:

Eu tive uma vida, até certo momento, resguardada porque eu tava criando filho, a situação era difícil, eu não queria me envolver com ninguém porque eu tinha sido muito machucada, então assim, na hora que eu me abri, que pensei acho que agora tá na hora, meus filhos estão bem, a nossa vida tá legal, minha mãe tá bem, porque eu tenho sempre uma preocupação com minha mãe porque ela se metia em tudo, criava caso com tudo, com amigas que frequentavam minha casa, eu dizia que ela era até meu marido sem dormir comigo. Então naquela fase eu estava muito tranquila, então eu pensei que eu podia arrumar uma pessoa.

Beija-flor vem desse contexto de diferença que diz respeito, em um primeiro momento, ao gênero. Em razão desse aspecto, como ela coloca em sua narrativa, já havia sido **muito machucada**, por ter passado por muitas dificuldades sozinha. Teve uma relação em que predominava o machismo e a dominação, que a fez sofrer. Mesmo separada do marido, a concepção machista que cabe à mulher a responsabilidade dos filhos continuou prevalecendo, gerando sobrecarga de papéis e uma série de outros transtornos, que passaram só a ela – mulher – resolver. Terminada essa relação, passaram-se anos difíceis e quando começou a se perceber em um momento tranquilo em relação às diversas posições de sujeito que desempenhava, iniciou uma relação. Desta forma, ela prioriza todas as posições que necessitava desempenhar e que eram tidas como femininas, deixando a um segundo plano,

sua vida amorosa e sexual. Nesse sentido, o lugar da mulher é colocado todo o tempo em uma posição subalterna. A figura masculina de poder e controle foi inclusive substituída na narrativa pela figura da mãe, chamada por ela mesma, de *marido com o qual ela não dormia*. O enunciado *resguardada* aparece significando essa relação com as concepções sociais acerca da mulher, ou seja, ela se abstém de seus prazeres e se protege de possíveis riscos, em prol de demandas mais relevantes: criar filhos e cuidar da mãe – locais sócio e historicamente exigidos para as mulheres. No decorrer da história contada por *Beija-flor* será possível perceber como essa questão de gênero atravessa sua fala. Desta forma, a fim de situar nossa interlocutora na posição em que se encontra, faremos uma breve incursão na construção histórica do conceito de gênero, em sua articulação com a saúde da mulher, que é o aspecto que nos é caro nesse estudo. Apoiaremos na teoria e nos movimentos feministas, para iniciar a reflexão acerca das desigualdades que a condição de gênero estabelece.

Vale aqui uma parada para que seja possível refletir acerca dessas desigualdades de gênero e a luta dos movimentos feministas buscando desconstruir esses paradigmas sociais. Esse marcador de gênero vem interferir sobremaneira na reconstrução das relações de *Beija-flor*. Por isso, nos deteremos mais nesse conceito e em sua história.

Para Scavone (2003), a inclusão do conceito de gênero nos processos sociais e de saúde tem sido fundamental por romper com a visão positivista e biologizante que determina as diferenças e por passar a contestar as desigualdades sociais e sexuais. No contexto desse estudo, torna-se necessária tal discussão por percebermos o quanto a narrativa de *Beija-flor* reflete posicionamentos machistas e excludentes, que naturalizam determinadas posições de sujeito como próprias à mulher.

Assim, pensando sobre esse conceito, necessitamos nos direcionar para a grande e significativa influência teórica e política dos estudos de gênero a partir da perspectiva do feminismo contemporâneo. Nessa direção, Scavone (2003) salienta que a autonomia e

singularidade são preceitos discutidos por teóricos pós-estruturalistas, que se baseiam em problemáticas da realidade vivida pelas mulheres. Destarte o conceito de saúde passa a ser relacionado ao conhecimento e à reapropriação do próprio corpo, que até então era significado como de domínio masculino. Tais preceitos ressurgem muito além da liberalidade que eles sugerem, estando direcionados para a crítica ao controle do corpo da mulher, como um debate acerca das estruturas sociais. Com esse objetivo, questões tidas como de âmbito privado, passam ao debate público, transformando o corpo, segundo a autora, em sujeito político. Nessa direção, o espaço privado e a intimidade passam a ser problematizados e politizados. Não somente buscava-se a conquista de direitos, mas a problematização profunda de todo o dispositivo de gênero que atravessava todas as relações em sociedade.

Na ponderação da referida autora, campos considerados íntimos, da sexualidade e dos afetos passam a adquirir um caráter também político, denunciando que o espaço privado também é marcado por relações de poder e domínio extremamente hierarquizados. A mulher nesse espaço, encontra (va) -se em posição subalterna. A escolha da maternidade, juntamente com o que esta questão traz como métodos contraceptivos e aborto, passam a ser discutidos no espaço público. A justificativa de que as diferenças biológicas eram os fatores preponderantes das desigualdades entre homens e mulheres foi amplamente rebatida, jogando por terra o argumento de que diferenças biológicas justificavam as desigualdades, provocando a desconstrução da relação e o determinismo entre os dois aspectos nas relações e na vida intelectual.

Ainda com Scavone (2003), a intenção de romper com o biodeterminismo fazem emergir os estudos e reflexões de gênero na área da saúde, visibilizando desigualdades sociais e sexuais. Nesse sentido, de acordo com a autora, a visibilidade do conceito de gênero na saúde trouxe uma nova visão do corpo feminino, não visto somente sobre a ótica da biomedicina e sim, com suas dimensões subjetivas, sexuais e acerca do amor. Desta forma,

emergem novas concepções de saúde, a partir do conhecimento adquirido pelas experiências das próprias mulheres. O conceito de saúde passa a perpassar por noções relacionadas à autonomia da vida amorosa, da sexualidade, reprodução e o saber sobre a saúde. Criticavam dessa forma a ideia de verdade absoluta propagada pelo saber médico. Foi fundamental nesse sentido, a desconstrução das concepções relacionadas à reprodução, tais como a maternidade, que deixaram de ser vistas como um determinante biológico e social das mulheres e passou a ser considerado como produto das relações de gênero. As questões reprodutivas adquirem outra forma de análise que não as puramente médicas, fazendo da maternidade uma escolha. Entra em cena uma luta política no sentido da transformação da relação de poder de primazia masculina, passando para outra vertente a das mulheres que exercem poder a partir do conhecimento e autonomia sobre seus corpos.

É necessário, então, trazer à tona esse panorama histórico que estabelece a importante relação entre saúde e mulheres, denunciando as influências e paradoxos provenientes de projetos políticos. A história, se trazida à tona, torna visível as desigualdades sexuais em um contexto de saúde. Retornando à narrativa de *Beija-flor*, o cuidado com os filhos que foi de exclusividade dela, não foi constituído pela natureza da mulher como algo inato, próprio a ela, por ter sido quem gestou e deu à luz, passando a ser atribuído à relação e, portanto, devendo ser discutido nesse contexto por ambos os genitores em seus papéis de gênero na relação com os filhos. Em sua história esse aspecto não representa um simples detalhe. Mas vem marcar toda a sua trajetória amorosa e sexual. Voltamos a ela:

*... foi onde eu me envolvi com esse rapaz. Eu achei gostoso porque ele gostava das minhas coisas, ele **não me proibia de nada**, a gente tinha um relacionamento super aberto, não existia aquela coisa do ciúme, a gente tinha uma **confiança** um no outro, era uma coisa bacana, então eu falei poxa acho que estou com uma pessoa bacana, legal. Quando eu operei, ele me deu maior força, ele ia lá em casa, me dava fruta, ele cuidava de todos os lados, ele foi carinhoso comigo, então eu me envolvi. Aí, quando veio esta história de que ele tava usando droga, eu até conversei com ele e disse que estava limpo, eu falei: mas eu escutei outra história... Mas ele falou que tava limpo. Mas eu fiquei com o pé atrás, porque eu pensei: poxa, eu tenho dois filhos dentro de casa e eu vou trazer pra dentro de casa um*

cara que tá usando drogas? Eu não posso fazer isso. Então eu não gostei daquilo e saí fora dele.

Após, então, priorizar os papéis de mãe, dona de casa e trabalhadora, vendo-se tranquila, nossa protagonista aproxima-se de um homem que lhe parecia diferente do que antes conhecia. Ao contrário de suas outras relações, esta parecia destacar-se por não estar alicerçada na desigualdade, mas no companheirismo e no cuidado. A surpresa quanto a esse novo padrão de relação aparece quando ela menciona que ele não a *proibia de nada*, indicando a relação de poder e de controle que era estabelecida anteriormente.

Este homem tinha o vírus e foi dele que se infectou. Uma amiga muito próxima descobriu que ele tinha problemas de saúde. Havia um boato de que se tratava de “aids” e **Beija-flor** foi orientada a fazer exames. Esta, que na época trabalhava para uma médica, pediu-lhe que fizesse uma solicitação de exames e assim foi feito. O laboratório, logo que teve o resultado positivo, contatou o consultório e informou à secretária - que porventura era a nossa interlocutora - do resultado. Foi desta forma que ficou sabendo de sua sorologia, por telefone, pelo laboratório. E, assim, mudava toda a sua trajetória.

Conta-nos ela, acerca da descoberta do diagnóstico, que foi um período muito complicado em sua vida, em que ela vivenciou uma série de situações bem difíceis. Quando ela descobriu-se soropositiva, já havia seis meses que estava separada de seu namorado.

Minha amiga contou que eu não sabia a dificuldade que ela teve de chegar até mim e falar pra eu fazer exames. Ela falou: vai fazer o exame porque o cara tá internado. Teve uma amiga de nós duas em comum que informou que ele estava com tuberculose e eu já havia separado dele há uns seis meses.

*- Já tinha **cinco anos que ele tinha...** Que ele tinha... Ele tinha o HIV e **ele sabia e não me contou e não usou camisinha.***

- E como foi este momento pra você?

*- Olha na hora é como se o **chão tivesse afundado** e eu tivesse **sumido** lá dentro e aí eu falei: **e agora?** Eu tô contaminada! E **o que eu vou fazer?** Eu fiquei **desesperada!** Sem reação, sem noção do que fazer. Eu não sinto **ódio dele não**, mas toda vez que eu vejo ele, se eu pudesse, **eu enforcava**, pra ele nunca mais fazer isso com ninguém.*

A surpresa de *Beija-flor* é explícita e está ancorada no paradoxo da relação. Apesar de já não estarem mais juntos, chamou-nos a atenção a forma como ela descreve o antigo parceiro, salientando seu companheirismo, cuidado e principalmente a confiança que tinham. Depois vem o diagnóstico marcado pela contradição. A notícia de sua sorologia em um primeiro momento de sua narrativa, a faz questionar o paradigma da confiança, porque foi exatamente com ele que se rompeu. Não por um momento único de paixão e impulsividade. Não por desconhecimento de seu próprio diagnóstico ou do que ele representava. Seu namorado de forma permanente e contínua havia tido relações com ela sem o uso do preservativo e sem que ela conhecesse seu diagnóstico.

Sabemos em razão dos dados revelados no mapeamento dessa pesquisa, o quanto é difícil e constrangedor falar de seu próprio diagnóstico em relações amorosas. Tivemos anteriormente contato com os obstáculos e conflitos éticos gerados nesse momento. Mas o antigo parceiro de nossa interlocutora, não só se manteve em segredo, como também não a preservou dos riscos de infectar-se. Assim, a descoberta teve duplo sentido para ela: do diagnóstico de sua sorologia e o que isso representa e a dúvida em relação à pessoa com quem estava lidando e em quem confiava. Leite (2013) considera que muitas mulheres têm tido a possibilidade de viver o amor e o sexo de uma forma mais livre, construindo novos arranjos para suas relações, mas que ainda assim, segundo a autora, o ideal do amor continua prevalecendo no imaginário dessas mulheres ao estabelecerem suas relações. A autora problematiza o amor como construção social tirando-lhe a qualidade que muitos lhe atribuem de algo natural. Desta forma, nossa entrevistada ancorava-se em preceitos do amor romântico, como o da confiança, sentindo-se protegida e resguardada na relação. Leite (2013), em seu estudo com mulheres soropositivas, percebeu que elas se sentem imunizadas em relação ao HIV quando estão em relações estáveis.

Soma-se a isso, o que Bozon (2003), em seu estudo sobre sexualidades contemporâneas na França, coloca acerca das desigualdades entre os gêneros. Segundo o autor, múltiplos discursos atravessam as relações sexuais contemporâneas. Os discursos relativos à sexualidade masculina, de acordo com ele, reforçam a ideia de múltiplas parcerias, enquanto no caso das mulheres, essa prática ainda é considerada moralmente inadequada. Mediante essa reflexão, *Beija-flor* percebia-se fora de uma situação de risco, por confiar em seu parceiro, não tendo consciência que a forma como se relacionava tinha a ver com o seu contexto, inclusive o de gênero, que era marcado por discursos distintos, com diferentes possibilidades de roteiros sexuais em relação a seu parceiro. Ainda em Bozon (2003), os homens permanecem sendo percebidos e significados como seres desejantes e as mulheres como objetos de seu desejo, perpetuando a violência em relação às mulheres, que caracteriza ainda a forte dominação masculina. É na relação de desigualdade e poder que se estabelece entre os gêneros, amparada pelos discursos, que podemos encontrar entendimento possível para a agressão sofrida por nossa protagonista, em que o desejo a qualquer preço é justificativa para a negligência em relação ao outro, tido como subalterno.

Discutindo ainda a vulnerabilidade de *Beija-flor* nessa relação, não podemos deixar de considerar que ela é representativa da situação vivida por muitas mulheres soropositivas. Tal fenômeno foi chamado de feminização da epidemia, por ter modificado por volta da década de 90 o seu curso, antes considerada restrita aos “grupos de risco”. Desta forma, considerando a história da epidemia, segundo Rezende (2012) as mulheres permaneceram por longos anos invisíveis aos estudos, pesquisas e estratégias de comunicação em saúde direcionadas à prevenção. Segundo a mesma autora, a maioria dessas mulheres foi infectada por seus parceiros em relações estáveis, tal como *Beija-flor*. Esse dado reflete a crença de que mulheres nesse tipo de relação acreditam-se distantes do HIV, por possuírem apenas uma parceria sexual e nela sentirem-se protegidas.

Rezende (2012), em sua dissertação de mestrado, discute o HIV em mulheres e apresenta como outro fator de vulnerabilidade, o silêncio nas relações amorosas. Ela diz que para uma mulher, pedir ao parceiro que utilize o preservativo é bastante complicado, porque essa negociação pode provocar dúvidas e desconfiança em relação ao seu comportamento.

O discurso do amor romântico e seus preceitos, assim como o discurso da aids, aparecem nessa fala de nossa interlocutora extremamente imbrincados. O primeiro dizendo respeito à confiança e ao sentimento de proteção proveniente de uma relação amorosa estável. Expectativa gerada pelo discurso do amor romântico e suas regras e preceitos socialmente estabelecidos. Ela prossegue sua narrativa, trazendo à tona, o discurso da aids, com tudo o que ele traz como significado social. Nesse sentido, aprofundamos a seguir, com sua justificativa a respeito do medo frente ao diagnóstico:

- Geralmente as pessoas dizem por aí: soropositivo é quem é muito **promíscuo**, a gente escuta isso.
 - Então você associa o HIV com promiscuidade?
 -É, principalmente no início, então eu falei que eu não sou uma **mãe** que sai **andando com tudo e qualquer cara**, eu não sou uma pessoa que sou promíscua, eu não sou uma pessoa que sai **envolvendo com situações de risco**, então de imediato eu fiquei com muita **vergonha dos homens** da minha família que ficaram sabendo.

Em três décadas de epidemia, os diversos contextos históricos, sociais, econômicos e políticos proporcionaram o surgimento de inúmeros atores sociais e instituições, que passaram a consolidar sentidos e realidades sobre a aids, através dos discursos materializados por relações de saber/poder. Surgem assim, discursos permeados de metáforas, concretizando maneiras de julgar, estigmatizar e discriminar. A **promiscuidade** passa a ter sua associação direta com a presença do vírus, frequentemente considerado como típico de pessoas com múltiplos parceiros. Rezende (2012) observou na fala das mulheres com HIV que ela entrevistou, que estar com aids tem um sentido, para elas, de imoralidade. É o que ocorre no fragmento acima: nossa entrevistada, mesmo tendo consciência de ter sido infectada em uma relação estável, experienciou a vergonha de outros homens, associando seu diagnóstico a uma

posição de sujeito de mulher promíscua- posição essa forjada como incompatível com a sua posição de mãe.

Ela, mediante o diagnóstico, questiona-se e se vê questionada pelo seu entorno, principalmente os homens. A questão de gênero fica muito clara, quando ela relata que tem **vergonha** principalmente dos **homens da família**. O HIV está associado à **promiscuidade**, que já é considerada uma prática desviante. Mas nesse caso, a situação se agrava por se tratar de uma mulher e mãe. A vergonha nos remete a algo proibido e que não é aceito socialmente, marcando o lugar em que ela se coloca diante dessa nova realidade em sua vida. Para Duque (2009), a **vergonha** está intimamente relacionada com o olhar do outro, que passa a ser constitutivo do sujeito. Esse olhar é o que vai balizando os sentimentos de pertencimento ou desvio em relação às normas, sendo importante instrumento de conformação do sujeito. Para o autor, a vergonha precisa ser problematizada, a fim de abrir possibilidades políticas e transformadoras, a partir do reconhecimento de seu papel de fazer com que os comportamentos estejam de acordo com os padrões normativos esperados. Para o mesmo autor, a vergonha passa a se tornar central quando as pessoas percebem que são portadoras de uma característica considerada **impura**.

Continuamos nossa conversa e quando questionada acerca do motivo da vergonha com os homens, ela responde:

*Então: eu tive muita **vergonha dos homens** por eles pensarem que como eu gostava de sair, de dançar, de ouvir música, porque eu tenho uma turma legal... Então assim, eu me senti **suja, suja, mas suja, na alma**, eu não sei explicar porque, mas eu me senti assim, aí eu fiquei pensando: meu Deus eu nunca usei droga, **eu nunca fiquei com uma pessoa aqui e outra ali**.*

Na sequência de seu relato, fica mais clara a associação que ela faz entre **sujeira e sexo**, motivo de se sentir **envergonhada com os homens**. O enunciado **suja** sugere, pelo viés do discurso, o sexo vivido com múltiplos parceiros – **uma pessoa aqui e outra ali**. Bozon (2003) reflete sobre as possibilidades e a permissibilidade dada ao desejo em relação aos

gêneros masculino e feminino. Segundo o autor, para o senso comum o desejo masculino tem mais direito de ser expresso, por ser reconhecido como mais legítimo do que o desejo feminino. Nessa direção, a expressão do desejo de *Beija-flor* a partir de sua experiência com HIV, denuncia aos olhos alheios, principalmente os masculinos, a possibilidade de uma sexualidade vivida com múltiplos parceiros. Essa exposição que o diagnóstico traz, indicando concepções preconceituosas acerca de práticas sexuais, é motivo para o sentimento de *sujeira* e a consequente *vergonha*.

Em um mergulho nessa reflexão, é possível pensar a experiência com o HIV como uma ruptura que passa a inaugurar uma nova condição e uma nova posição de sujeito. Recorremos assim, ao conceito de governo trabalhado por Foucault (2014e) para melhor entendimento desse choque inicial de *Beija-flor*. Ele considera “governo” não se referindo somente às estruturas políticas ou à administração do Estado. O conceito diz do modo pelo qual a conduta dos indivíduos ou dos grupos pode ser dirigida. Desta forma, os modos de ação são calculados e governar passa a ser estruturar o campo possível de ação dos outros.

E é baseado nesse conceito de Foucault que Miskolci e Pelúcio (2009) esclarecem que, a partir da necessidade atual de obter controle, ordem e classificação da sexualidade, os gestores de saúde responderam ao surgimento da epidemia, construindo uma “doença” transmitida pelo sexo, fazendo com que, através da ciência, acreditasse que desejo seria antagônico à ordem social. Os mecanismos de prevenção veiculados pela mídia e gestão pública são discursos de posições de autoridade que passam a eleger as práticas homoeróticas como ameaçadoras, que associadas à mortalidade do vírus, permitiram emergir um grande pânico sexual na contemporaneidade. Desta forma, a mulher (e mãe) que devia ser “recatada” e somente dedicada aos filhos, passa a estar enquadrada na ordem do desvio – por conta do seu diagnóstico positivo. Nesse sentido *sujo* passa a ser um enunciado frequente em muitos relatos de pessoas soropositivas. Este vem denunciar o desvio perante um biopoder que

exerce grande controle para normalização dos corpos. Na narrativa, ela é **suja** por ser soropositiva, é **suja** por ser soropositiva sendo mulher e **suja** por ser soropositiva mulher e mãe. Três vezes o enunciado é repetido e reforçado, mostrando o peso da experiência sintetizadora do discurso da aids.

A noção de **sujo** ou **sujeira** de acordo com Koury (2016) está relacionada ao jogo dos modos e regras de conduta, ancorados na moralidade. Desta forma, as regras estabelecidas para a interação humana apresentam um contorno moral e são constituídas a partir de interações carregadas de tensões. De igual maneira, o pertencimento para o autor, é estabelecido em relações cotidianas em uma busca contínua de acomodação, com algumas e determinadas possibilidades de infrações. Ele prossegue com o sentimento de pertença, que é concebido no jogo complexo e formado por moralidades. As pessoas nele envolvidas reconhecem no outro a sua proximidade, mas estranham aqueles que convivem com distintos elementos e códigos morais.

Permanecendo com a reflexão do mesmo autor, é no estranhamento do outro que surge a exclusão, estabelecida através de códigos de semelhança e dessemelhança, onde passam a ser criados limites simbólicos internos. Estabelecem-se nesse sentido, formas de evitação, fazendo emergir as expressões **sujo** e **sujeira**. Nesse sentido, tais enunciados aparecem como expressões êmicas que caracterizam o perigo e a necessidade de afastamento de indivíduos tidos como envolvidos em códigos morais distintos – algo reforçado na entrevistada pela sua própria forma de infecção.

Por se tratar de uma mulher que é mãe, é possível perceber a moralidade relacionada ao gênero e ao seu papel como mãe, em uma alusão de que não é próprio a quem desempenha essa função social ceder ao prazer relacionado ao sexo. Fernandes (2013) faz um breve histórico acerca dos discursos relativos ao sexo que emergiram no século XX. Ele argumenta que houve um avanço em termos tecnológicos que trouxe eficácia para o controle da

natalidade, como a pílula anticoncepcional. Com essas novas tecnologias passou-se a separar a sexualidade heterossexual destinada a procriação, do erotismo, criando possibilidades para o sexo voltado exclusivamente para o prazer. Mediante uma reflexão alicerçada no capitalismo e seus preceitos, o autor considera que neste momento, essa diferenciação foi benéfica principalmente aos homens, sendo as mulheres, objetos de consumo para seu prazer. Ele segue considerando que o papel feminino surge a partir de construções discursivas que trazem consigo inúmeras contradições. O lugar destinado à mulher é constituído a partir da lógica de desejo masculina, trazendo consigo uma série de impasses e contradições. A mulher mãe que trabalha, companheira e parceira sexual, que ainda tem que dar conta das exigências atrativas de seu corpo. Considerando que a primazia do prazer nos discursos ainda é masculina, o que dizer de uma mulher e mãe que se permite viver sua sexualidade e a vê exposta através da infecção pelo HIV? O diagnóstico aparece, então, como dispositivo revelador de práticas sexuais com uma conotação fortemente moral e normalizadora. O vírus passa, assim, a denunciar comportamentos tidos como desviantes na lógica do discurso que colocam em cheque a sua identidade social de mulher recatada e mãe.

Nessa estratégia de normalização dos corpos, *Beija-flor* encontra-se no desvio, pela associação direta do HIV com promiscuidade, depois pela associação mulher e promiscuidade e, por fim, pela relação mãe e promiscuidade. Meyer, Santos, Oliveira e Wilhelms (2004) em seu estudo sobre os discursos da aids em relação às mulheres, debatem o tema considerando que estas permanecem sendo significadas nos enunciados de campanha e na fala de profissionais de saúde, como indivíduos submissos e crédulos, com dificuldades em se colocar de forma firme e impositiva em suas relações amorosas e sexuais. Para os autores, a submissão feminina no que diz respeito ao sexo, foi considerada pelos profissionais de saúde com quem trabalharam em sua pesquisa, como falta de autoestima ou falta de “**vergonha**”, sendo traduzido como uma problemática individual e inerente ao gênero

feminino. Interessante como o enunciado “**vergonha**” aparece tanto na narrativa de *Beija-flor*, quanto na dos profissionais por eles escutados, como se fosse um atributo exclusivo das mulheres e necessário para o controle de seus corpos.

Seguimos com o relato de nossa entrevistada, com as considerações acerca do **apoio da família e as concepções sobre HIV/aids**. A família reagiu de forma bem diversificada. Alguns foram mais acessíveis, compreensíveis e puderam acolher. Outros reagiram com espanto, sofrimento e dor. E ela também viveu no contexto familiar, situação de preconceito e discriminação. Um de seus filhos foi quem primeiro ficou sabendo de seu diagnóstico e logo veio conversar. Foi então que lhe contou:

*(...) eu abracei meu filho e falei com ele: olha a mãe teve aquele relacionamento e ele me passou o vírus do HIV e tô **arrasada**, acho que vou **morrer de tanta tristeza**, de tanta **vergonha**, eu sempre procurei falar tanto com vocês sobre isso, eu sempre pedi tanto e **acabou acontecendo comigo**.*

O filho, por sua vez nesse momento, reagiu de forma distinta, buscando de uma maneira mais realista, refletir sobre a questão. No relato de *Beija-flor*, o marcador geração aparece todo o tempo, impondo diferenças nas reações e solidificando desigualdades.

*(...) aí ele me abraçou, me acariciou a cabeça, me beijou, porque ele é muito grandão e eu sou pequeninha perto dele, aí ele me deu um colo muito gostoso, aí ele falou: mãe, não se preocupa não, **nossa geração entende isso muito bem** e quando chegarmos em casa, eu vou te mostrar os livros que eu **estudei sobre isso** e vou abrir o computador e vou te mostrar tudo que tem lá e que **fala sobre isso**.*

O filho que é jovem parece ter mais informações sobre o HIV e não associar o vírus com as imagens propagadas no início da epidemia. Assim, a condição de *Beija-flor* foi reduzida a sua real dimensão: a de alguém que adquiriu um vírus, mas que existem recursos para controlá-lo. A tranquilidade demonstrada pelo filho está intimamente ancorada nas informações que ele possui a respeito e ele também deixa claro, quando propõe que eles irão estudar a respeito. Seu posicionamento apresenta uma nova forma de lidar com a situação, possível em relação a sua geração. Souza e Garcia (2010) discutem a constituição de vulnerabilidades a partir dos marcadores sociais da diferença. De acordo com os autores, os

indivíduos menos escolarizados, os homens e os mais velhos foram os menos informados sobre DST/aids no estudo que os autores realizaram. Aqueles que se situam acima de 45 anos e os de menor escolaridade apresentaram informações precárias sobre formas de transmissão e prevenção. Desta forma, a geração de **Beija-flor**, menos informada e marcada pelas imagens do início da epidemia, atribui ao vírus sentidos referentes ao início de sua epidemia. Em relação ao restante da família, ela relata:

*As pessoas que sabem que eu tenho isto, todas me acolheram muito bem, mas são pessoas **extremamente íntimas**, são meus filhos, meus irmãos, minha cunhada, só uma sabe a outra não sabe, o meu cunhado e umas quatro amigas minhas que são **muito íntimas, extremamente íntimas**. Meus irmãos na época **choravam muito**, todos os dois choravam muito, **eu não sei o que passava na cabeça deles**, eu nunca soube! E meu irmão **queria saber quem era que me passou** e eu falei pra minha irmã: pelo amor de Deus **nunca fale**. A minha cunhada sabe quem é a pessoa e eu falei pra ela pelo amor de Deus, você conhece o marido que tem e **ele vai querer matar esse cara, então a gente não pode nunca falar nada**. Meu irmão tem uma cabeça muito assim pra trás, então assim foi um coisa que eu até evitei ficar comentando porque ele estava especulando muito, era uma coisa muito sofrida pra mim e eu não queria ficar falando. A minha irmã me ligou e disse que tinha passado num programa, uma entrevista de um cara que descobriu agora e de uma mulher que tinha 20 anos, então é vida normal, falou assim como se fosse uma coisa muito banal, simples. Mas não era, porque eu que tava vivendo, eu não sei se seria assim com ela, então eu preferi não comentar mais nada com ninguém.*

Meyer *et al* (2004) discutem os discursos que vão se consolidando nos contextos que envolvem saúde, gênero e sexualidade. Os autores apontam a circulação desses discursos de maneira cotidiana e recorrente em diversos segmentos sociais. Assim determinadas características tidas como masculinas ou femininas vão se naturalizando, instituindo as práticas e comportamentos do que vem a ser um homem e do que vem a ser uma mulher, definindo também, a forma como estes devem vivenciar sua própria sexualidade. Essa divisão produzida pelo discurso, mas tida como natural, passa a fazer parte do senso comum. E são em inúmeros processos educativos que esses discursos vão se perpetuando, com prescrições, inclusive de formas de se relacionar e cuidar do próprio corpo e sua sexualidade. A força desses preceitos vai sendo reafirmada nas muitas, porém sutis repetições. Portanto, a ideia de

que nossa protagonista precisava de um homem para protegê-la e que a situação seria resolvida através de embate físico, confirmou a crença em sua fragilidade e submissão e a possibilidade do cuidado pelo irmão, ganhou seu substituto no interrogatório e na investigação. Afinal, esse parecia ser o papel que caberia ao homem. Por outro lado, o choro e o desespero familiar de início e, posteriormente, o que *Beija-flor* sentiu como banalização do sofrimento, demonstra o despreparo familiar pela falta atual de discussão dessa temática.

Nossa interlocutora relata ainda sobre gênero e sua interface com geração, por ter se sentido muito culpada de ter vivido sua sexualidade quando descobriu que tinha o vírus. Sua experiência de descoberta do diagnóstico tornou-se ainda mais dolorosa em razão dessas concepções que ela traz consigo e naturalizadas pelo discurso. Ela argumenta:

Na nossa criação, as meninas não saíam transando, porque se isso acontecesse, elas teriam se perdido, era uma tragédia, os pais colocavam pra fora de casa, os pais recriminavam, faziam e aconteciam. Então, assim, eu vim disso porque a minha mãe me criou assim.

Ela descobriu-se soropositiva em um contexto de desconhecimento, que não foi nada favorável à sua elaboração da experiência e sua possibilidade de resistência, como sugerira seu filho. Foi na família que também viveu a discriminação e o preconceito.

*Quem teve uma **rejeição**, foi meu irmão. Um dia ele falou assim: **você nunca mais vai encostar em mim**. Eu sempre fazia limpeza de pele nele, cortava a sobrancelha, quando ele chegava com um cravo.... Então, ele disse que eu nunca mais ia fazer isso, nunca mais você vai me tocar. E quando eu vou na casa dele, ele lava e depois passa álcool nas mãos.*

Para Nascimento (2007) que pesquisou discriminação no contexto do HIV, as situações de discriminação em família são as que mais geram encaminhamentos à assessoria jurídica. A autora aborda a discriminação ao citar Bobbio (2002) que a apresenta como sendo o tratamento desigual dado aos grupos. Nesse caso de nossa interlocutora, o tratamento

desigual parte do pressuposto do risco com uma argumentação totalmente desprovida de conhecimento e informação. Então, ela prossegue dizendo a respeito do **silêncio**:

*Eu não sei se fui **compreendida**, eu na verdade **não sei o que eles pensam hoje, ninguém fala mais nada**, eles me tratam e me respeitam como pessoa normal. Não mudaram comigo, eu vou, deito na cama deles, eu como na casa deles, faço tudo normal. Então assim nós não falamos mais sobre nisso, **não se fala mais**.*

Considerando a análise do discurso como um instrumento de interpretação, buscamos em Marianni (2004) embasamento para nossa discussão. Essa reflete o silêncio como importante metáfora que pode apresentar uma multiplicidade de significados. Os sentidos são inúmeros por ser o silêncio constitutivo, ou seja, ele abre portas para o possível ou para a falha. No caso de **Beija-flor**, desta mesma forma, poderíamos encontrar múltiplos sentidos para esse silêncio. Mas o que consideramos importante ressaltar e que vai ser possível verificar no decorrer de sua história, é que esse silêncio foi fundante de uma nova posição de sujeito a partir da descoberta do HIV. Ele vai permear outras relações e vem refletir de forma contundente em sua vida amorosa. A justificativa do silêncio ainda parece estar relacionada às questões trabalhadas anteriormente acerca da sexualidade e suas interfaces com gênero e geração e das concepções acerca do HIV. Quando ela diz: *Não sei o que eles pensam* – ela indica seu grande temor pelo julgamento do outro. Nesse sentido, Maksud (2012) argumenta que o silêncio é construído na tentativa de evitar possíveis julgamentos depreciativos, que possam desvalorizar o indivíduo. É o isolamento que a vergonha provoca através das discursividades que produzem o sujeito soropositivo.

Logo, silenciosa e silenciada, ela reflete a respeito de revelar o diagnóstico para as pessoas de sua convivência. A descoberta do vírus passa a representar um paradoxo em sua vida porque o silêncio é uma estratégia nova, inaugurada pela sua presença:

*O problema do HIV pra mim é **um martírio** porque eu não consigo **esconder** nada de ninguém, eu sou uma pessoa transparente, eu acho que não precisa. Então dentro do limite, dentro das coisas que eu vivo, eu acho que não tem porque esconder uma coisa ou outra.*

O silêncio aí visto por um viés moral, uma obrigação de ter que falar de si, é associado ao esconder, omitir. As fronteiras entre o que é íntimo e o que é público ficam nesse ponto embaralhadas, como uma necessidade constante de transparência. Buscamos em Foucault (2014b) respaldo para essa análise quando ele problematiza a confissão cristã e o preceito social de ter que dizer de si, estimulado pela ciência e as práticas da psiquiatria e da psicanálise.

Ao mesmo tempo, Rezende (2012) questiona o silêncio e o silenciamento experimentado por mulheres soropositivas. De acordo com a pesquisadora, este não se trata de um silêncio configurado pela censura. Trata-se, segundo ela, de um silêncio tático, de proteção em relação ao excesso de exposição midiática de determinados caracteres estigmatizantes relacionados à aids. Nesse caso, segundo ela, a visibilidade encontra seu aspecto positivo, que é o de estimular a prevenção e o seu aspecto negativo que é visibilizar as pessoas juntamente com uma série de atributos relacionados ao HIV/aids, geradores de preconceito e discriminação.

Aprofundando nas dificuldades que a revelação traz, ela acrescenta seu medo. O de ser rejeitada, excluída de seu grupo social. Ainda tendo tido a ajuda e o apoio de uma amiga, ela teme a exclusão.

*Elas vão me **excluir** de tudo, no grupo que eu convivo só uma pessoa sabe e que foi a pessoa que me ajudou em todos os sentidos: a correr atrás, a procurar médico, ela que estava comigo, quando eu tive certeza ela estava comigo, ela e meu filho. Então assim sabe... Foi muito difícil pra mim, porque assim é... Eu tô bem, eu faço meu tratamento, eu tô bem.*

Nesse ponto de seu relato torna-se fundamental refletir sobre o conceito de abjeção, trabalhado por Judith Butler (2002). Ela desenvolve esse conceito a partir de uma perspectiva pós-estruturalista, argumentando que a identidade de um todo hegemônico é inaugurada a partir de um “outro abjeto”. Assim, a partir da repulsa, a identidade hegemônica é estabelecida através da constituição de outras que são “deterioradas”. Nossa protagonista coloca-se nesse lugar de abjeção, quando considera como possível, ser excluída pelo grupo por possuir o HIV. Assim atua o dispositivo da aids e seus discursos, conformando sujeitos e subjetividades. Seguimos no relato de *Beija-flor*, podendo pensar tudo o que traz, estabelecendo um paralelo entre sua condição real de saúde e o imaginário social. Percebemos então, um grande paradoxo. Diz ela:

Tá bom meu CD4, acho que tá 800, minha carga viral tá indetectável. Então assim, tá excelente, eu não deixo de fazer meu tratamento de jeito nenhum, a única coisa que eu tenho é um problema sério de coluna, são dores absurdas, eu tenho artrose.

E é a partir de todos esses conflitos, diante de inúmeros paradoxos que são criados na vida de nossa entrevistada, que prosseguimos seu relato, que agora traz a experiência do sexo e do amor. **Refletimos com ela, sobre o amor com o HIV.** Foi possível perceber no relato de *Beija-flor*, como a constatação de possuir o vírus tem sido uma experiência que a fez se questionar como mulher, reavaliar sua sexualidade, ponderar sobre sua ética e se reposicionar no universo em que está inserida. Esses reposicionamentos aparecem sempre com os parâmetros de um biopoder normalizador e de controle sobre os corpos. Nessa lógica, ela se percebe no lugar do desvio, fora da norma, considerando sua condição de mulher, mãe e de sua geração. É nessa posição que ela reflete sua vida amorosa e sexual.

- Como tem sido sua vida amorosa e sexual depois do HIV?
 - Uai, **eu não tenho**, porque até então eu passei a não olhar pra mais ninguém com interesse, porque **eu não quero mais me envolver**. Eu tenho **muito medo de me envolver**, porque eu tenho medo disso que te falei, porque nós estamos usando camisinha agora e de repente não **precisa mais, porque a gente já tá tão íntimo**, aí como é eu vou fazer? **Porque eu tenho que usar camisinha, eu sou obrigada a**

*usar camisinha porque eu tenho o vírus do HIV. Então assim, eu acho que vai ser uma **lambada**, porque para eu chegar a esse ponto de ter que chegar e falar para uma pessoa assim eu vou ter que tá muito tempo envolvida com ela, então eu tenho medo porque isso poderia acabar com uma coisa que poderia ser muito bonita. Então eu não quero me envolver com ninguém, ainda não tô preparada, eu não quero, eu **tenho medo**, eu não quero. **Eu tenho muito medo de chegar a este ponto e contar para esta pessoa e esta pessoa contar para todo mundo**, apesar de que, eu não devo nada pra ninguém, ninguém paga minhas contas, mas eu **tenho muito medo de ser rejeitada na sociedade** que eu vivo porque a **minha geração ela é assim**. Um moço falou comigo assim: eu tenho muito medo da menina **veneno**, tava tocando a música menina veneno, eu falei: **menina veneno**?*

A vergonha não só direciona os indivíduos aos seus armários, como passa representar um grande obstáculo no que diz respeito a relações amorosas. A intimidade compartilhada pressupõe diálogo. Na relação entre parceiros amorosos o armário torna-se inviável pela obrigação ética ou moral de dizer de si ao outro. Um argumento importante para se entender a vergonha nesse caso também é o que eclode como acontecimento discursivo nesse momento com: “*minha geração é assim*”. Nesse ponto, ela está se referindo a um padrão de educação recebido pelas pessoas de meia idade, com parâmetros conservadores, machistas e que demarcam uma série de impossibilidades nas experiências sexuais femininas. A rigidez a que ela se refere justifica o preconceito aumentado nessa população e um consequente temor pela rejeição.

*Eu não sei te explicar o que me incomoda, mas eu acho que é o **medo** de.... não sei te explicar o que mais me incomoda.... eu tenho assim... **pavor** de me imaginar deitada com alguém.... **sabendo que eu tenho isto**... sabe... é uma coisa que Eu não sei se algum dia eu vou voltar a ter a vida que eu tinha antes nesse sentido de me **entregar, de me envolver**, eu acho que vou ficar igual um **pedaço de pau** que não vai resolver nada pra ninguém, porque a minha relação em relação a isso ainda me deixa muito **petrificada**, parece que eu sou uma pedra, eu até quero, eu sinto desejo, eu sinto tesão, mas na hora parece que eu viro uma pedra, aí parece que eu não tenho emoção de nada, **no mesmo instante que eu quero viver aquilo tudo eu recuo** e me paraliso, eu não consigo agir nem com os braços, nem com as mãos eu consigo agir, porque na hora que ele insistiu em me beijar, depois desse tempo todo foi a primeira vez eu fiquei paralisada, eu não sabia o que fazer.*

Percebemos desde o início do relato de nossa interlocutora, a posição subalterna em que se encontra em razão dos múltiplos discursos que constituem sua subjetividade. Percebendo-se dessa forma diante do outro e sendo esse outro importante em uma relação

erótico-amorosa, não lhe resta outra saída possível a não ser a da paralisação pelo medo. Este a impede em sua imaginação de agir, permitir-se, viver, apesar do desejo. O medo também é produto de tudo o que viveu e escutou acerca da aids, antes mesmo de se saber infectada pelo vírus. O temor da rejeição do outro se baseia em aspectos reais que se relacionam a suas posições de gênero, geração e a do HIV em sua vida e toda a discursividade que reserva para ela posições de assujeitamento e submissão.

Buscando um olhar mais atento para essa questão, que é o nosso objeto de pesquisa, o amor aparece como importante momento para se rever o “armário soropositivo”. Nossa interlocutora foi marcada por vários discursos normalizadores, mas a política do armário a protege da avaliação e julgamento dos outros em suas relações sociais. É na relação íntima e sexual com o outro que essa política é colocada em xeque, porque aí ela não é mais válida. Impõe-se uma questão ética bastante relevante. E é o medo de sair desse armário que a protege em outras relações, que a faz sentir-se **paralisada, petrificada** pelo medo. Socorridas por Miskolci (2008) que problematiza o “armário” em relações homoeróticas, torna-se possível esclarecer algumas questões relevantes do que ele considera ser a “política do armário”. Ela diz respeito ao regime de visibilidade que está relacionado a discursos e práticas que estabelecem as fronteiras entre desvio e norma. Assim esses discursos, como no caso de nossa protagonista, constituem identidades auto-excludentes, consideradas motivo de vergonha. A fim de se obter segurança, as pessoas passam a organizar uma vida pública onde guardam os atributos que as condenam socialmente.

Com esse argumento, Miskolci (2008) coloca que o armário é um regime de visibilidade circunscrito historicamente e que se encontra contextualizado em épocas com maior rigidez moral. Este, segundo o autor, é produto de uma gramática das relações que ditam o que é moralmente aceito e considerado. No caso das sexualidades homoeróticas, o armário para o autor, não é opressor, mas disciplinador e regulador, porque possibilita

experiências “escondidas” e guardadas em determinados contextos e situações. No caso do armário soropositivo nessa situação específica do amor consideramos, ao contrário dessa análise do autor, um instrumento de opressão e que provoca uma série de impossibilidades do campo do erotismo. E ela prossegue esclarecendo **fatores geracionais** que reforçam as impossibilidades que encontra:

Porque esse povo da minha geração realmente pensa diferente desse povo mais jovem, porque eles já nasceram dentro de uma camisinha, a nossa geração não usava isso. Então de uns anos pra cá, eu acho que depois de Cazuza é que começou falar de camisinha, então eles nasceram dentro de uma camisinha, sabem que precisam usar camisinha, sabem da importância por causa das Doenças Sexualmente Transmissíveis. Então pra eles é normal usar camisinha, abre a gaveta dele tem muitas camisinhas. Então, a nossa geração, do cinqüentões, dos sessentões, que eu já tô quase lá, a gente não se preocupava com isso, a gente não cresceu com isso, não aprendeu a ter que se proteger, era pouco divulgado, pouco falado, a nossa geração não teve nada disso, mesmo porque a criação nossa foi muito diferente.

Nesse relato, aparecem dois aspectos importantes que fazem com que a geração institua diferenças significativas, passando a impor desigualdades nas relações amorosas e sexuais. Em um primeiro aspecto, ela relata a dificuldade do uso de preservativo. Primeiro por falta do hábito e da cultura de seu uso, ao contrário de gerações mais jovens, que já apresentam essa prática instituída em suas relações. Nesse aspecto do preservativo pode surgir a dificuldade da utilização em razão de poder provocar situações de impotência ao ter que interromper o ato sexual para utilizá-la. Outro aspecto importante relativo à geração diz respeito à forte associação com imagens do início da epidemia. Perucchi e Jardim (2012) refletem sobre as estratégias de comunicação em saúde direcionadas a pessoas mais maduras. Em seu estudo, elas perceberam a precariedade de informações destinadas a esse segmento da população, apontando para a necessidade de implantar estratégias direcionadas a pessoas com mais de 50 anos no Brasil, a fim de contribuir para o aumento da visibilidade do tema. As

autoras apontam a ausência de campanhas de educação destinadas às pessoas com mais de 50 anos no país, o que contribui para a desinformação deste segmento populacional sobre o HIV. Com essa preocupação, as autoras fizeram a análise de duas campanhas veiculadas no Brasil destinadas a esse público e perceberam, entretanto, como são atravessadas por hierarquias de gênero e inúmeros estereótipos. Nesse sentido, a escassez do debate acerca da aids em pessoas maduras e a linguagem utilizada também marcada por desigualdades, faz com que essas informações não cheguem até os indivíduos que delas necessitam, dificultando a reflexão acerca dessa questão. Logo, percebe-se uma invisibilidade dessa discussão em pessoas mais maduras, gerando um sentimento de isolamento, visto que sua geração ser infectada com o vírus não aparece enquanto possibilidade discursiva nas políticas públicas de saúde.

Outra questão que percebemos nessa narrativa é a atribuição do uso do preservativo dada aos homens. Quando ela diz *nossa geração não aprendeu a se proteger*, refere-se aos homens e ao preservativo masculino. O preservativo feminino não é por ela considerado como possibilidade para essas situações, no entanto, trata-se de um importante dispositivo de prevenção, sanando impasses relativos a possíveis recusas ou dificuldades com o artefato masculino. Essa alternativa por ela omitida traz às mulheres maior autonomia sobre seus corpos, servindo como importante instrumento de emponderamento feminino.

Para encerrar a história de Beija-flor, tomamos de empréstimo o conceito de subalterno concebido por Spivack (2010) refletido por Carvalho (2001). Para a autora indiana trata-se do sujeito que pertence a camadas mais baixas da sociedade, excluídos por lógicas do mercado e de representações políticas e legais. Esta analisa a história de uma viúva que é impedida de se representar em razão de seu gênero e por sua viuvez, encontrando-se em situação de marginalidade típica do subalterno. Assim como nossa interlocutora - atravessada por seu gênero em interseção com a geração - que se encontra em lugar periférico e não

central, em discursos marcados pela dominação masculina. Inspiradas em Spivak (2010), fazemos então a provocação necessária para finalizar a história de *Beija-flor*: a mudez feminina não pode ser somente refletida, mas deve ser configurada em exercício de fala e de reposicionamento na cena social.

5.2. **Paixão: o desejo que o lugar de abjeção amplia.**

Héteros ou homos (?) a médio ou longo prazo, iremos todos enlouquecer, se passarmos a ver no outro uma possibilidade de morte. Há muita gente contaminada pela mais grave manifestação do vírus - a aids psicológica. Do corpo, você sabe, tomamos certos cuidados, o vírus pode ser mantido a distância. E da mente? Porque uma vez instalado lá, o HIV não vai acabar com as suas defesas imunológicas, mas com suas emoções, seu gosto de viver, seu sorriso, sua capacidade de encantar-se. Sem isso, não tem graça viver, concorda? Você gostaria de viver num mundo de zumbis? Eu, decididamente não. Então pela nossa sobrevivência afetiva - com carinho, com cuidado, com sentimento de dignidade - ó gente, vamos continuar namorando. Era tão bom, não era?

(Caio Fernando Abreu, 2014)

A segunda entrevista em profundidade realizada foi com um homem de 48 anos, homossexual, trabalhador da área de saúde, estudante de nível superior. Também usuário do SAE, carga viral indetectável e boa imunidade. Sente-se bastante à vontade no ambulatório e, por esse motivo, foi convidado a fazer sua entrevista nesse mesmo local. Apresenta uma fala tranquila e articulada, trazendo uma série de reflexões críticas acerca de sua experiência com o HIV.

Quando convidado, mostrou-se imediatamente disponível, inclusive, para voltar outras vezes. Verbalizou a importância do tema da pesquisa e trouxe muitas contribuições. Apesar de tranquilo e bastante racional, sua fala foi emocionada, tendo este relatado que ficou bastante mobilizado com a entrevista.

Não foram necessárias muitas intervenções da entrevistadora, tendo este se colocado de forma espontânea, sem reservas, falando de vivências complexas e muito duras, difíceis de serem verbalizadas. Apresentava um interesse genuíno em dizer de si e de sua experiência,

com grande desejo em ser ouvido. Trouxe um relato extenso, rico em detalhes e bastante profundo. Sua participação foi escolhida a partir das entrevistas de mapeamento e os critérios foram baseados em seu gênero, orientação sexual, geração, e o desejo e possibilidade de dizer de si e de sua história com o HIV, sua sexualidade e seus amores.

Logo de início, após explicar o objetivo da pesquisa e como seria conduzida a entrevista, a pesquisadora lançou a possibilidade de ser escolhida por ele uma metáfora com a qual pudesse ser identificado. Sem muito pensar ele disse: **Paixão**. Ele considera que esse signo o define bem, por ser uma pessoa apaixonada pela vida, intensa.

O termo “*passio*”, no sentido aqui empregado, vem do latim tardio. Trata-se de um vocábulo que traduz a sua origem grega, que tinha inicialmente o sentido de “paixão (=sofrimento) de Cristo”. Com o tempo, a palavra passa a significar “paixão (= movimento da alma)”. De “*passio*” derivam “*passionalis*”, “*passionalitas*”, “*compassio*”, “*compassibilis*”, “*compatior*” do latim (Fiorim, 2007). Assim, para quem escuta **Paixão**, são perceptíveis os “movimentos de sua alma” apontando para um grande desejo de realização. É nesse sentido que ele se diz apaixonado: em uma alusão a sua própria intensidade.

Paixão convive com o HIV há 14 anos. Descobriu a partir de uma relação estável. Seu parceiro contraiu o vírus e, assim, ele se infectou. Após a descoberta do diagnóstico, a relação passou a ficar bastante conturbada e eles acabaram rompendo. Desde então, ele encontra-se sozinho, fato que já duram 11 anos. Teve relações sexuais esporádicas nesse período, mas nos últimos seis meses, optou por estar em abstinência. Inicia seu relato com a reflexão:

*Tem 14 anos que descobri o HIV. Olha **minha vida sexual e amorosa é muito ruim. Sexual** até que interessante, **mas amorosa** não. Eu prezo muito mais a questão do **amor** do que do **sexo**. E aí de um tempo pra cá eu dei uma parada na coisa sexual. Eu quero de uma pessoa muito mais do que sexo, então meio que dei uma parada, porque tive alguns problemas em relação a **divulgar o diagnóstico e aí muitas pessoas não aceitaram isso não.***

Apesar de já estar a muito tempo convivendo com o HIV, **Paixão** permanece sozinho,

contrariando o que diz algumas pesquisas que envolvem a temática, como a de Silva (2012), que relatam que a abstinência se dá normalmente após um período de descoberta do diagnóstico, sendo relativizada com o tempo e com a familiaridade com o HIV. Este argumenta que tinha vida sexual, mas que para ele, o amor é mais importante. Nas relações amorosas, no entanto, foi necessário abrir o diagnóstico aos parceiros, estratégia que não deu certo. Como o que ele busca é o amor, o sexo eventual passa a não fazer tanto sentido. Daí a abstinência. O amor aparece tão idealizado, que produz restrições importantes na vida de **Paixão**. Costa (1999) ressalta que o amor no ocidente é fruto de ideais fortes, o que o torna impossível de ser questionado, problematizado. Seguimos com seu relato, aprofundando especificamente na questão da revelação do diagnóstico a parcerias amorosas:

- Quais são os problemas de **revelar o diagnóstico**?

- Eu acho o seguinte, acho não, tenho certeza: **as pessoas têm o direito de saber seu diagnóstico, mas elas têm que te aceitar por inteiro. É aquilo que sempre digo: ela tem que te ver além do corpo. As pessoas têm que entender que você não é só vírus, que você é mais do que vírus, ou além de um corpo contaminado, estigmatizado, enfim... nem todo mundo aceita né? Pelo menos até agora. Tem 11 anos que eu tô sozinho, 11 anos do meu último relacionamento, que ainda não encontrei uma pessoa que visse além do meu corpo, além da minha marca, além do HIV, então eu tô aí! Eu desejo, mas ultimamente eu não acredito tanto nisso mais. Eu desejo alguém na minha vida, quero alguém na minha vida, mas eu não sei se esta pessoa vai aparecer, talvez apareça, talvez não apareça.**

A revelação encontra-se intimamente relacionada à aceitação do outro. É uma exposição ao julgamento do outro que serve de obstáculo para se falar desse aspecto. Mas, ainda assim, ele considera que se trata de um direito do par soronegativo, conhecer o diagnóstico do parceiro – como ele mesmo ressalta acima, tem certeza que a pessoa tem o direito de saber do seu diagnóstico. Seu argumento volta-se então, para o seu direito: o de ser visto para além de um **corpo marcado**. **Paixão** traz nesse relato a dimensão do **corpo**. Um **corpo** estigmatizado. Goffman (2004) trabalha o conceito de estigma, considerando que o termo foi criado pelos gregos ao se referirem a sinais corporais, que identificavam à luz dos olhos sociais, determinadas características tidas como más, de acordo com determinado *status*

moral. As **marcas** eram desenhadas no corpo, através do fogo ou de cortes, indicando a pessoa marcada como poluída e que devia ser evitada. Mais tarde surgem outras duas metáforas em alusão a essa. A primeira, de caráter religioso, diz respeito às marcas que demonstravam graça divina e a segunda, a partir de uma perspectiva médica, dizendo a respeito de distúrbios físicos. Acredita-se, segundo o autor, que esses indivíduos não são completamente humanos e com base nisso, são realizados inúmeros tipos de discriminação. Ele prossegue em sua reflexão, colocando que existem teorias elaboradas para dar um ar de racionalidade à animosidade atribuída às diferenças. É nessa direção que são encontrados os argumentos da **inferioridade** e do **perigo** que elas representam.

Em sua narrativa, o direito é considerado nos dois polos da relação, mas apresenta uma tendência irreconciliável. Como não se vê na possibilidade de ser aceito pelo outro, permanece na posição de abjeto, recusado em seu direito, em razão dessa marca que o transforma em outro ser e o coloca em outra posição de sujeito – que o coloca como o próprio vírus do HIV. Judith Butler (2002) problematiza o conceito de abjeto, dizendo tratar-se de todo corpo cujas vidas não são pensadas, cuja materialidade não é tida como relevante. São vidas não consideradas como vidas. A partir desse enfoque dado pela pesquisadora, é possível considerar que o abjeto passa a ser uma formação distinta do que vem a ser o humano. Assim, **Paixão** carece de ser visto, reconhecido e pensado em seu direito. Ele coloca: ***quero ser visto por inteiro***, referindo-se à condição de não humano que é percebido pelo outro que o vê de forma apenas parcial, como alguém que possui um vírus, mas não como um sujeito de direitos e desejos. Justifica-se assim, a dificuldade em dizer do vírus para o outro. Dizer do vírus nesse contexto significa dizer de si, um sujeito que é desconsiderado em suas qualidades e possibilidades, mas é visto com sua marca que o marginaliza e o deixa menos humano, porque é tomado por ela.

- Como você sente que as pessoas te percebem?

- No ponto de vista **amoroso, as pessoas mudam**. As pessoas têm uma **visão sua** e quando você revela diagnóstico... eu não tenho tanta gente que eu revelei o diagnóstico assim. Foram poucas pessoas, mas eu tive algumas experiências. Eu tive umas três a quatro experiências. Aí é engraçado porque a **pessoa muda completamente**. Parece que **você se transformou num espectro, uma coisa meio maluca**, ela te ver de uma forma, ela te experimentar de uma forma e de repente você conversa com ela sobre esta questão do HIV.... Quando eu falo com a pessoa sobre meu diagnóstico eu já falei para ela de uma maneira geral sobre a questão do HIV, mas quando eu ia falar com a pessoa que eu tinha o HIV, ela dizia que não, que **eu não tinha cara que tinha HIV**, ou eu não dou conta disso, uma das pessoas falou que tinha medo de se infectar. Ah... Eu tenho certeza que a minha **carga viral tá indetectável**, porque eu me cuido e eu **não vou ficar passando vírus por aí**. Porque eu sei que não vou fazer sacanagem com o outro, então acontece isso, quando você conhece alguém você já fica naquela coisa assim. Então é melhor você nem conhecer, você negar, é uma coisa horrível de se falar, mas é **negar mesmo a própria sexualidade** porque é muito ruim você passar por estas experiências assim. **Você conhecer alguém e no outro dia a pessoa não te querer mais**. Então, hoje em dia na minha vida eu quero muito mais que isso, eu prefiro até ficar sozinho, porque minha vida é muito louca, eu trabalho, eu estudo, eu faço um monte de coisa, passo por um monte de perrengue, então a coisa da sexualidade... Até pra mim é um alívio, então você se envolve com o trabalho, com o estudo, um milhão de outras coisas e é melhor você não tem que lidar com isso, com a sexualidade. Um tempo atrás eu tinha carência, ficava com alguém, me satisfazia de alguma forma, mas ao mesmo tempo, não satisfazia porque **não é isso que eu quero**.

Na narrativa fica claro o paradoxo. Ele tem carga-viral indetectável, o que significa uma possibilidade menor de transmitir o vírus por via sexual (ver estudo americano considerado no capítulo 1, item 1.5). Tem qualidade de vida e adesão ao tratamento. Ainda assim, esbarra nas dificuldades em encontrar pessoas que saibam lidar com seu diagnóstico de uma forma mais real. Não é em razão de um risco concreto de ser infectado pelo vírus que os indivíduos recusam-se a se relacionar. O motivo parece mesmo ser esse olhar contaminado pelos discursos, que os fazem perceber **Paixão** como um novo sujeito depois de dizer do vírus. Como ele enuncia: um **espectro, um objeto sem vida**. O paradoxo permanece quando pensamos que já estamos entrando na quarta década da descoberta da aids. Saggese (2015) reflete sobre a sexualidade de homens homossexuais na cidade de São Paulo e aponta que é necessário relativizar os avanços dos chamados direitos sexuais, considerando que a história não deve ser interpretada como sequência linear e progressiva de acontecimentos. Da mesma forma, percebemos a história da aids, com seus avanços relativos e não lineares, mas

constituídos de múltiplas rupturas. Ainda assim, chama-nos a atenção a presença dessas imagens construídas no início da epidemia. Matos (2015) reflete sobre a abjeção, considerando que o corpo abjeto é o situado fora das fronteiras socialmente estabelecidas para os corpos. Assim, ele é considerado estranho e excluído do corpo social e é a exclusão que constitui o estranho. O diferente vai encontrando os seus limites e sua importância no corpo social e vai sendo definido a partir da significação atribuída a sua materialidade. A potente enunciação que surgiu anteriormente: “*você não tem cara de quem tem HIV*” *necessita ser* destacada, por refletir como os jogos discursivos produzem um sujeito soropositivo cujo corpo – *a cara* - encontra-se marcado e visível. Quando essas indicações materiais não são apresentadas, rompem com a porosidade da linha que delimita pessoas com HIV de pessoas sem o vírus. Nesse sentido, essa produção discursiva reitera estereótipos e faz ver e faz falar da questão moral materializada na pretensa “*cara do HIV*”. Portanto, a experiência indica seu caráter insuportável por marcar para **Paixão** sua condição de um ser que não importa. Prossigamos.

- Durante algum tempo você ficou tendo relações esporádicas. Depois de quanto tempo você decidiu não ter mais este tipo de relação?

- Deve ter por volta de uns seis meses que não tenho relação nenhuma, com ninguém, **nem beijo na boca**. Parei de acreditar que viria um **príncipe encantado** na minha vida, eu sempre acreditei, acho que eu li muito conto de fada quando eu era criança, hoje eu não acredito mais nisso não. A situação de alguém te namorar é quase uma incondicionalidade, é como alguém que namora **um deficiente físico, ou como alguém que tem um problema grave de saúde que vai além daquilo a pessoa vê...** pra ela não importa se você tem HIV, se você é **preto**, se você tem alguma **deficiência**, se tem **mancha na pele**, e a gente vive numa sociedade que não tá muito voltada pra isso né? É uma **sociedade de aparência**, de um milhão de outras coisas. Deve ter alguém por aí aberto pra isso, mas esse alguém não apareceu na minha vida, apareceu na vida de outras pessoas, na minha não, eu conheço casais sorodiscordantes que vivem bem, se amam, mas na minha vida não aconteceu não, talvez aconteça, talvez não, eu tô preparado pra isso. Tem o lado da **angústia**, quando eu tô lá na **minha cama**, quando eu tô lá na **minha casa** quando vejo uma cena de televisão, quando eu vejo um casal sorodiscordante... É como se aquilo fosse distante de mim, aquilo aconteceu na vida de outra pessoa não na minha vida, talvez na minha aconteça, talvez não, será que alguém está **preparado para gostar de mim assim**, incondicionalmente? Então é isso, eu não tô nem em busca mais não.

O discurso do amor é também um discurso extremamente excludente. As possibilidades de prazer que podem ser encontradas em relações eventuais são desqualificadas pela eleição do amor como única forma aceitável de felicidade e possível somente para aqueles em condições de ocupar uma posição de pessoa a “ser amada” – alguém que não esteja à margem discursiva. Buscamos em Jurandir Freire Costa (1999) argumentos para pensarmos como opera esse discurso na vida dos sujeitos. O autor considera que o amor-paixão romântico monopoliza a concepção de felicidade nas relações, estabelecendo os seres excluídos. O discurso constitui, então, os sujeitos infelizes, que não são realizados. Esses indivíduos passam a se considerar párias do amor. Esse ideal, no entanto, não é refletido de forma crítica e encontra sansão de todos. Amar é tido socialmente como algo natural, simples e possível a todas as pessoas. A frustração vem relacionada a uma autoestima baixa e não se questiona o valor imposto socialmente. Esse sentimento tido como bom e universal é pouco confrontado e questionado, impedindo uma vida afetiva e sexual mais livre.

Paixão ocupa uma posição de menor importância diante do outro, sentindo-se novamente um ser incomum, menos humano, mas avança nos argumentos considerando que essa posição de diferença e desigualdade é designada pelo **corpo**. Ele vai além também, quando se refere a essas designações como provenientes da sociedade em que está inserido, por atribuir valores de **perfeição ou imperfeição** às pessoas nela inseridas. Trazemos Miskolci (2005) em nosso auxílio para pensarmos como a sociedade constitui as diferenças. Logo, para o autor, a diferença entre o que é considerado normal e o que é considerado patológico não se encontram restritos aos estudos médicos. Esta oposição organiza nossa sociedade e para pensá-la é necessário questionar o que vem a ser normal e o que se configura como desvio. É possível a partir dessa reflexão, perceber que o normal e o desvio

não são claros, naturais, inerentes ao humano e sim, resultado de discursos articulados por diversos dispositivos de poder e práticas sociais.

Ainda com Miskolci (2005), a normalidade passou a ser propagada como ideal durante os últimos séculos, quando o processo de normalização chega aos diversos ângulos da vida social. Esse termo “normal” tal como é familiar, aparece na intersecção dos saberes médico e sociológico. Os dois intentam medir, classificar e disciplinar os corpos, fazendo com que os indivíduos estejam conformados com a normalidade. Mediante esse raciocínio, a norma tem como objetivo desvalorizar o que existe fora dos seus limites, para então poder corrigir. O anormal emerge com um valor depreciativo, apresentando-se como o que foge à regra, ao esquadro e passa a ser rapidamente desqualificado. **Paixão** aparece refletido como alguém que está fora da fronteira, apresentando-se como desvio e sua narrativa está coberta por valores extremamente depreciativos – valores estes que impactam em sua vida afetiva e sexual.

Seguimos, então, com a reflexão sobre o corpo, trazida por nosso interlocutor. Ele remete à materialidade corporal quando se refere ao corpo imperfeito, ao corpo que ele chama de **deficiente**. Buscamos em Judith Butler (2015), amparo teórico para nossa discussão nesse aspecto. Para a teórica, o corpo traz uma série de significações subjetivas, tendendo a indicar um universo que ultrapassa seus próprios limites. Mas, no entanto, segundo ela, certa fronteira é importante ser delimitada para o reconhecimento da própria corporalidade. Nessa perspectiva, valores atribuídos às pessoas que possuem o vírus, são subjetivados por nosso interlocutor e traduzidos como elementos de seu próprio corpo, como uma materialidade falha, incompleta e marcada.

Refletimos com Louro (2000), ainda acerca dos corpos. Para a autora, estes passam a ter seus sentidos nas relações sociais. As diversas inscrições nos corpos são realizadas de acordo com os contextos em que estão inseridos. Estes são significados conforme a cultura e

a sociedade em que se encontram. Padrões relativos ao corpo são sempre estabelecidos e codificados, compostos e definidos por relações sociais, sendo conformados por redes de poder de dada sociedade. Nessa perspectiva, nosso protagonista percebe-se significado em sua corporalidade como alguém não inteiro, com déficits em relação aos demais sujeitos sociais, inscrito fora das fronteiras dos humanos “inteiros” em seus corpos – os sujeitos normais. Sua fala hierarquiza os corpos, atribuindo-lhes valores e lança em sua narrativa diversos corpos estigmatizados e tidos pelos discursos como imperfeitos: os negros, os deficientes, aqueles com mancha na pele, os que apresentam alguma doença grave. Ao se desconsiderar como alguém que importa e ao estabelecer comparação com outros indivíduos, sua narrativa reproduz o preconceito e uma hierarquia construída por duros padrões hegemônicos.

É importante também, nesse momento, considerarmos o corpo pela perspectiva capitalista. Para Machado (1994) o próprio sistema capitalista estimula as redefinições do corpo, de acordo com seu uso e na medida em que se transforma em objeto de consumo. Na narrativa de *Paixão*, na visão utilitarista do corpo, o soropositivo parece não apresentar qualificações ideais para o sexo, uma vez que está apto para somente determinadas práticas com utilização de preservativo, como ele relata a seguir. Como objeto de consumo também não, porque é um corpo que oferece riscos ao outro. Logo, passa a ser um corpo que não corresponde aos valores capitalistas de utilidade e consumo.

- Você acha que o fator idade interfere nesta dificuldade das pessoas quando você fala seu diagnóstico?

- **O preconceito se perpetuou**, ele não parou. A gente quis que ele parasse, a minha geração quis que ele parasse lá atrás, com o avanço da medicina, das coisas novas, a gente quis que isso parasse, mas perpetuou. **A sexualidade tem muito a ver com construções sociais e para acabar com isso é muito complicado**, ainda mais no meu caso que eu sou **gay** então a coisa é muito mais complexa neste sentido, eu acredito que seja.

- Nesse caso da orientação sexual ela dificulta a relação com as pessoas?

- Com certeza. O HIV ainda está relacionado com a sexualidade, a gente vê frases, como num dia que eu vi no ponto de ônibus onde a frase dizia que **aids é coisa de nóia, puta e gay**. Ainda existe isso até hoje. Eu tenho um amigo que descobriu o HIV e quando ele foi ao médico, o médico perguntou pra ele se ele era homossexual. Há um paradoxo, porque é coisa de **nóia, puta e gay**. Mas mesmo entre homens que fazem sexo com homens o preconceito ainda continua muito grande.

Para Foucault (2014b) a sexualidade é uma construção social, sendo constituída historicamente mediante a atuação de inúmeros discursos reguladores e normalizadores, que instauram saberes e são produtores de verdades. Na narrativa de **Paixão**, desta forma, os discursos da aids dão um caráter ainda mais excludente e normalizador à sexualidade soropositiva, aumentando o preconceito e associando-a com determinadas populações já bastante estigmatizadas em razão de suas práticas sexuais consideradas à luz do olhar social, marginais. A surpresa na escuta desse relato foi enorme. Surpreendemos com a presença ainda viva dos chamados “**grupos de risco**”, aqui nessa pesquisa já anteriormente considerados, como parte importante da construção histórica discursiva do dispositivo da aids. Nos ambientes científicos e médicos já não se fala mais em “grupos de risco”. Desde a década de 90, com a emergência da vulnerabilidade feminina ao HIV, os olhares se voltaram para relações heterossexuais. E ainda percebemos a aids significada como algo pertencente a determinados sujeitos, ampliando a situação de preconceito e exclusão em que se encontram.

Nesse ponto é preciso repensar a força desse enunciado - **coisa de nóia, puta e gay**- que atravessa a história e se opõe a uma série de novas circunstâncias que configuram a experiência atual de se viver com o vírus. Partindo do pressuposto epidemiológico, como acima descrito, há décadas que a vulnerabilidade ao HIV foi expandida a outras populações.

Da mesma forma, os avanços medicamentosos e tecnológicos também vêm proporcionando possibilidades de se viver com o vírus de forma mais tranquila, embora responsável. Na contramão das novas possibilidades, o discurso perpetua imagens e significados, marcando a vida dos sujeitos. A partir da perspectiva foucauldiana do discurso, procuramos dialogar com Castro e Mariguella (2002) na tentativa de entender e problematizar o dispositivo da aids. Esse signo foi sendo incorporado a uma realidade nosográfica²⁶, passando a adquirir inúmeros significados tais como doença, morte, castigo, abrindo caminho para a construção de preconceitos que discriminam, segregam e excluem. Desta forma, de sigla, ela passa a se constituir um enunciado. A máquina que passa a movimentar o discurso da aids é composta por inúmeros procedimentos e estratégias de intervenção políticas, econômicas, sociológicas e médicas, produzindo conexões únicas que não podem ser analisadas em uma perspectiva neutra e asséptica.

Buscamos aprofundar em nosso mergulho reflexivo, buscando em Leite (2013) novas perspectivas de análise. Para ela, a posição da mídia é de fundamental importância na produção do discurso da aids. De acordo com a autora, as pessoas que estavam com o vírus, no início da epidemia, eram constantemente apresentadas em hospitais, carentes de procedimentos clínicos e hospitalares. As imagens de forma geral colocavam os sujeitos em posição de passividade e de degradação. Mortes de pessoas famosas foram detalhadas de maneira minuciosa pelos meios de comunicação. Assim, produziu-se uma “doença” associada a uma sexualidade discriminada socialmente, que era considerada desviante, promíscua, pervertida e poluente – além disso, muito vinculada à morte.

O tom de lamento aparece no relato de **Paixão**, quando este prossegue em uma tentativa de entender a forma como se infectou. A culpa encontra-se por ele refletida, que a relaciona a determinadas práticas sexuais mal vistas socialmente. O HIV é pensado a partir de

²⁶De acordo com o dicionário Aurélio significa: representação escrita, exposição, descrição ou classificação das doenças.

uma responsabilização individual pelos atos praticados, que posteriormente são traduzidos pelo sentimento de culpa.

*Eu tava numa **relação estável**, era super **fiel** à pessoa que tava, foi um acidente que aconteceu, e mesmo se eu fosse **promíscuo**. É um **preço caro** que a gente paga a vida inteira, paguei um preço muito grande e pago até hoje.*

Camargo e Oltromari (2010) realizaram um estudo com casais, abordando a confiança. De acordo com este estudo, o amor aparece em oposição à possibilidade de infecção pelo HIV, em razão de ainda se encontrar no imaginário social, relacionado aos grupos considerados de risco. Nos resultados de seu estudo, as relações estáveis aparecem como justificativa para o não uso do preservativo. Desta forma, os casais por eles entrevistados, acreditavam possuir um controle sobre o risco, já que para eles, só estão expostas à infecção, pessoas descuidadas e com comportamento sexual tido como perigoso. Assim, a confiança é citada pelos casais como pilar de um relacionamento amoroso e o HIV encontra-se exterior a esse tipo de relação. Imbuídos dessa perspectiva, o risco de contraí-lo parece menos importante que a desestabilização do relacionamento. Desta forma, a pesquisa por eles realizada aponta que quase a totalidade dos entrevistados considera a relação estável mais segura que outras relações. Logo, **Paixão** é atravessado por esse discurso tornando-se vulnerável em seu relacionamento, expõe-se e assusta-se diante do diagnóstico por ter se considerado fora dos padrões tidos como arriscados. Pode-se perceber em sua narrativa um tom sutil de culpabilização pela exposição ao risco quando diz: “*Eu tava numa relação estável...*”, onde é possível perceber o não dito, mas subentendido: *eu não tive culpa*.

A fim de concluir esse aspecto da análise, trazemos Castro e Mariguella (2002) em nosso auxílio, que consideram que o discurso da aids emerge denunciando a fragilidade da ética social e as crenças que dele surgem, aparecem como proteção imaginária do que não se pode controlar e prever. As contingências históricas de sua emergência configuraram um

discurso hegemônico que vigora até os dias atuais. No entanto, a tendência recente encontra-se ancorada no argumento de infecção crônica controlável. Trata-se de uma nova forma de abordar a questão cujos ecos ainda não são percebidos na subjetividade coletiva. Essa estratégia intenta transformar as formas de subjetivação da síndrome, inserindo o indivíduo com HIV em outras disfunções crônicas. Contudo, é necessário refletir sobre esse argumento e sua real potência de enfrentamento do pânico moral gerado pelo discurso da aids.

Com o objetivo de aprofundar algo mais acerca da revelação do diagnóstico aos parceiros sexuais e eventuais parcerias amorosas, lançamos uma nova questão a nosso interlocutor. Ele, desta forma, traz novos e concretos elementos que nos aproximam da experiência real desse momento de desafio, mas, no entanto, nos traz mais questões que respostas para esse impasse moral e ético.

- Você acha que é falta de ética você não contar para o outro?

*- No meu caso eu não daria **conta**, pra mim **quanto mais rápido eu contar melhor**. Eu não tenho tempo cronológico, acho que primeiro você tem que sondar o que a pessoa pensa a respeito e isso é muito **relativo** porque em um dos meus casos a pessoa disse: eu tenho um amigo que tem HIV. Sofri três rejeições. O primeiro, eu achei que era super tranquilo em relação ao HIV, mas **sumiu**. O segundo eu acho que ele estava muito mais a fim de fantasias sexuais e de possibilidades de relação **sem o uso do preservativo**. Desta forma, ele iria se infectar, então a preocupação era muito mais com ele do que comigo, porque ele queria determinadas práticas que não poderiam ter o uso do preservativo. O terceiro, disse que **não dava conta de ter um namorado soropositivo**. Então, às vezes é muito difícil de entender, tem pessoas que eu conheci e fiquei uma ou duas semanas que eu não contei porque eu não achei que era a hora. Tem muitas pessoas que conheci nesses 11 anos, algumas pessoas foram só sexo, outras duraram uma semana, terminaram não por causa do HIV, até porque foram só três pessoas que eu revelei sobre o vírus. Uma delas que nem era daqui e que eu conheci através de rede social, **escreveu um texto extremamente absurdo a respeito**, ele era profissional de saúde o que mais me constrangeu foi isso. Porque eu não consigo separar meu lado pessoal do profissional, porque pra mim você é um ser inteiro, eu acho que não tem diferença. Essa pessoa era um enfermeiro, trabalhava com medicina hiperbárica, então você entende que a pessoa que trabalha na área da saúde ela vai saber sobre HIV, tecnicamente ela tem que saber quais as formas de infecção, formas de sexo seguro. Foi minha última frustração. Teve uma fase que eu fazia muito sexo, quase toda semana eu saía com alguém, mas eu busco mais afeto do que sexo. Então deve ter uns seis a sete meses que nada acontece comigo. Eu tô virgem.*

Em capítulos anteriores, problematizamos o impasse da revelação do diagnóstico

porque essa categoria de análise apareceu em quase todos os relatos tanto do mapeamento, quanto das histórias de vida. A revelação é um marco importante para essas pessoas ao construírem novas relações. Desta forma, vimos anteriormente diversas nuances em relação ao revelar-se soropositivo, com inúmeras limitações e algumas possibilidades e busca por alternativas como a procura pelo *momento certo*. Aqui, **Paixão** desconsidera a possibilidade desse momento e o que é certo para ele, é contar logo no início da relação. Segundo ele coloca em sua fala, **não dá conta** de esperar e não contar e então, o faz logo. O **não dar conta** antecipa uma ansiedade provável ou já é fruto dela, encontrando na urgência do revelar-se uma crença em estar provavelmente escondendo algo moralmente incorreto, ou o próprio gesto de esconder é moralmente questionável. O contar aparece então com um forte apelo moral, não sendo possível outra saída. Deixa nosso protagonista à revelia do outro que ainda não o conhece suficiente para aceitar viver com ele os desafios que a vida com o HIV impõe nessa sociedade demarcada por inúmeros preconceitos. O lapso de sua fala, no entanto, aparece na expressão eleita por ele para dizer de sua dificuldade. O **não dou conta** nos faz perguntar: **conta** -de que ou o que? Não dou **conta de não contar** ou não dou **conta de contar?** Ou simplesmente: **não conto?** A escolha para ele parece ter sido pela última possibilidade. Não conto a ninguém e não conto com ninguém. Optou por viver em abstinência inclusive sexual, por ter somente no amor a saída possível para ser feliz. Ele segue:

- Como que é tomar esta decisão de se manter sem um relacionamento?
- Eu sou uma pessoa muito **intensa**, eu me entrego muito a tudo, ao trabalho, nas amizades, no **cuidado com outros e comigo mesmo**, eu sou um cara chato, meio até obsessivo sobre algumas coisas porque eu tive que ser assim porque senão eu ia morrer. Passei por alguns perrengues “brabos” na vida, então acabei tendo que buscar ajuda. Buscar força, buscar ajuda psicológica, na medicina, na questão espiritual, porque hoje eu acredito que minha **relação com papai do céu** está muito melhor e espero que cresça mais. Essa dimensão espiritual é de extrema importância hoje, então tudo na minha vida é muito, então eu sofro muito com isso. Eu estou mais interessado no meu trabalho.

Paixão encerrou sua etapa de investidas em suas possibilidades amorosas e traça esse impedimento em sua vida, também em relação a sexo. Passa a investir no trabalho, nas amizades e no cuidado que dispensa a si mesmo. Vê também, em sua fé e no amparo espiritual possibilidade de estar bem consigo mesmo e encontrar apoio e o faz também, no sentido profissional. Consideramos que existem múltiplas formas exitosas de estar na vida de maneira tranquila e satisfatória e não compartilhamos dos discursos do sexo e do amor em que são tidos como algo inerente ao humano e, portanto, essenciais para se obter felicidade. Poderíamos até, pensar nessa escolha de nosso interlocutor como uma escolha de resistência e oposição a esses discursos. No entanto, pode ser percebido em sua fala, ao contrário, uma atitude de conformação, de resignação e um forte sentimento de frustração, que continua apontando para seus desejos e direitos negligenciados.

Nesse sentido, baseamo-nos em Heilborn e Brandão (1999), para argumentar em prol de fatores sociais na conformação da sexualidade. Isso porque, no caso do amor, já problematizamos em outros momentos da pesquisa. As autoras apontam, portanto, que os significados sexuais e a concepção de experiência sexual não podem ser generalizados. Elas são compostas por inúmeras articulações de significados, que como qualquer outro domínio da vida humana, relaciona-se com o social, que a circunscreve em parâmetros que são aprendidos e constituídos de diversas regras, roteiros e cenários e contextualizados em cada cultura e sociedade. É desta forma que a atividade sexual é humanamente significada e exercida. Diante dessa reflexão proposta pelas autoras, podemos repensar o preceito do sexo considerado como algo essencial ao homem. Este também é construído e significado socialmente. Com essa proposta reflexiva queremos problematizar a escolha de **Paixão** não como uma inevitável fonte de tristeza, mas como possibilidade de agência, caso seu relato não fosse tão carregado de desejo e dor. E é na dor que ele segue:

-O que você está sentindo? Mexe muito com você?

- Mexe, mexe muito comigo.

- Quer dá uma pausa?

- Não, não! Vamos continuar! Até que é bom. Tá latente!

- Só me fala o que você está sentindo.

- O que eu sinto é que **eu luto muito pra amar, pra ser amado**, eu luto muito pelas pessoas, eu luto muito por mim e as coisas não chegam até mim e isso me causa **angústia, ansiedade**, porque eu acho que eu sou uma **pessoa muito especial**, eu tenho **muito a contribuir na vida de outra pessoa**. Acho não, tenho certeza que sou uma pessoa muito especial pela minha história de vida, pelo que eu acredito e o amor não vem. Eu não sou só um **corpinho bonito** ou cara especial, eu tenho muito mais que isso. E isso me angustia porque eu tenho uma **necessidade de amar muito grande, eu quero amar, eu quero ser amado, eu quero construir família, quero ter um lar, eu sou assim, eu nasci assim, eu acho que eu lutei a vida inteira pra isso**, então o HIV me barrou isso, se eu não tivesse o HIV talvez eu tivesse um companheiro hoje, eu não tô botando a culpa no HIV, eu lido muito bem com isso, ele não é importante, mas pra outras pessoas ele é. **Então o HIV é mais importante do que eu**. Então eu existo até o momento que eu revelo que tenho o HIV, é como se tivesse um **Paixão** antes e outro depois. Então, o **Paixão** ele existe, ele é um ser até que ele se revele que tem HIV, aí ele vira **um espectro, a pessoa deixa de me enxergar, só o HIV**. Não tô lidando mais com uma pessoa bacana, boa de sexo, o **HIV parece meio que um monstro, você se sente um monstro**. É terrível você viver assim, porque **você não é vírus**, você é um ser humano, **você é uma pessoa, você existe**, você tem **qualidades**, você tem **amor**, é como você se fosse **nada**, é um sentimento **terrível**. Nesse momento eu não quero buscar o **amor** novamente, porque é **frustrante, dói**, eu acho que já senti muitas **dores terríveis** na minha vida, então é melhor deixar acontecer, se tiver acontecer vai acontecer naturalmente. E hoje eu não dou conta disso. Então, parei de sair à noite, **parei de acreditar** que vou **encontrar alguém** no ponto de ônibus, que eu vou encontrar alguém na fila do banco ou que meu vizinho vai **olhar pra mim**. Sabe essas coisas que colocam na sua cabeça? E dizem: ai **o amor pode estar ao seu lado** e você nem percebe! Isso é mentira, ai amor tá lá do lado... ah! **Ai o amor de um príncipe encantado**. Eu sempre fui uma pessoa **romântica**, mas eu não acredito mais nestas coisas, só se acontecer e também não fico na expectativa disso. Então, hoje eu estou focado nos meus estudos, no meu trabalho e na minha experiência profissional. Eu não estou focado hoje **no amor e nem no sexo**, eu tenho até medo de conhecer **alguém e ela dizer que não dá conta, ou que vai querer fazer algo comigo e eu não vou poder**. Ou você vai ficar doente, eu não quero não. Então assim, deixa as coisas acontecerem, hoje eu tô **fechado**.

O tom desse momento do relato foi de desabafo, em que a emoção tomou conta e sua dor foi interrompida com um choro contido há muito tempo. Pensamos não ser possível para nosso interlocutor seguir em frente. E é no choro que aparece a figura do **monstro**. No dicionário Aurélio (2008), monstro significa um ser disforme, fantástico e ameaçador, descomunal, que pode ter várias formas e cujas origens remontam à mitologia. Representa também, qualquer ser ou coisa contrária à natureza; anomalia, deformidade. Nesse instante de irrupção de sua dor, é possível dizer de como se sente em relação ao outro na vida amorosa – um discurso que associa a pessoa soropositiva à figura do monstro.

Para ele, trata-se de algo insuportável, impossível de ser vivido, porque vai além da exclusão, da discriminação. É maior. A exclusão e a discriminação ainda consideram o sujeito em sua humanidade. Este está circunscrito fora do território estabelecido pela norma, mas o sentimento de **Paixão** vai além da diferença e da problematização do que seria normal. Ele **não se sente humano a partir do olhar do outro**. É um olhar que o desqualifica e o arremessa para além das fronteiras do que representa ser a humanidade. Em seu caso, não a descoberta da soropositividade e não as suas relações sociais de uma maneira geral, mas sim, o olhar do outro na relação amorosa, provocam o seu renascimento em uma posição nova de sujeito, que antes não havia sido vivida e experimentada. A posição de sujeito-abjeto. Pereira (2001) nos auxilia com seu estudo acerca de pessoas soropositivas com a reflexão sobre a impureza e a desordem. Segundo ele, ao pensar sobre coisas impuras, estamos pensando sobre a (des) ordem e a (não) forma. Um indivíduo impuro ou “contaminado” representa fonte de ameaça porque cometeu erros. Pensar sobre a infecção em si gera ambiguidades e é algo difícil de obter controle. Desta forma, os olhares se voltam para os “contaminantes”, a fim de que estes sejam controlados e a ordem volte a ser estabelecida, com definições de limites sociais. Villaça (2006) colabora com nosso debate dizendo que a abjeção é onde se encontra a dessemelhança. Nesse sentido, para a autora, indicar o **monstruoso**, tem como finalidade extrair do humano os comportamentos polimorfos. Nomear o **monstro** alivia a ameaça interna que co-estrutura o homem.

Nosso protagonista faz um embate com a realidade que percebe: *tenho certeza que sou uma pessoa muito especial*, com uma indignação e uma surpresa típicas de quem não se vê reconhecido como tal. E o antagonismo dos discursos se materializa em **Paixão**, provando as contradições impostas pelas demandas discursivas do amor e da aids. De um extremo, o abjeto, desqualificado, depreciado. No outro polo, a idealização do amor e de seu objeto: o *príncipe*. Dois discursos antagônicos e impossíveis de serem conciliados nos jogos

discursivos que produzem a vivência desse indivíduo, que encontra na solidão a saída possível para esse conflito. Miskolci (2008) faz uma breve reflexão sobre a solidão de pessoas que consideram seu próprio desejo como socialmente ameaçador. Ele chama de “política da vergonha” aquela que proporciona a violência simbólica, provocando sofrimento em quem sente seu desejo em segredo e vê na possibilidade de expressá-lo uma ameaça de se expor à vergonha pública, proveniente da desqualificação moral. Tal política, segundo ele, cria desigualdades silenciadas, isolamento e mantém o desejo ameaçador guardado no segredo. Surgem então, subjetividades marcadas pelo temor de si e da exposição do que as tornaria a metáfora do abjeto diante das pessoas tidas normais. Ele segue argumentando, em uma perspectiva política que quanto maior for o isolamento, mais vulneráveis essas pessoas estarão aos efeitos nocivos e desiguais da vergonha.

Paixão faz esse relato com muita dor. E ela é tão nítida e apresenta tanta força, que seu relato parece ganhar uma materialidade para além das palavras. Ele todo o tempo faz a distinção do sexo eventual e do amor, argumentando que somente o segundo lhe interessa. A escolha da metáfora **paixão** para lhe representar diz muito sobre ele: intenso e marcado por um desejo contido, emoldurado por sua solidão. Mediante essa perspectiva, não é somente o discurso da aids que traduz seu sofrimento. A gramática do amor assume um caráter normativo, com seus efeitos devastadores.

Percebe-se na narrativa de nosso interlocutor, que o significante **felicidade** está fortemente associado ao do **amor**. A frustração de seu relato diz respeito ao amor não encontrado e sua situação de exclusão fala desse aspecto específico de sua vida. Segundo Takeuti (2015), o discurso do amor tem ganhado novos contornos, mas o ideal do amor romântico continua persistindo. Assim, segundo Takeuti (2015), os sujeitos vão assimilando que somente o **amor/paixão** é capaz de proporcionar **felicidade** e trazer realização às suas vidas influenciando também, de forma indireta na felicidade coletiva. Esse amor é concebido

como provido de sensualidade e erotismo, além de uma série de outras prescrições e condições ainda que utópicas ou contraditórias. Nesse sentido, esse discurso assume um regime de verdade, tornando-se a meta de cada um e de todos, como condição para a inserção no contingente de indivíduos tidos como normais e integrados na vida social. Como desdobramento do discurso do amor, surge também o ideal de família feliz como condição de uma sociedade harmônica. Tais regulamentos passam a ser uma importante referência normativa.

A autora considera que o dispositivo do amor é quem estabelece os critérios de quem é (não) importante e do que (não) importa, preceitos que vão se impondo de maneira quase onipresente, estabelecendo os limites da (in) felicidade entre os seres. Nesse sentido, a sociedade vai significando expressões de sentimentos que dizem respeito ao amor romântico entre os pares, que passam a ser consideradas como práticas discursivas. É na modernidade que emerge o dispositivo do amor que apresenta como sua cria o conceito de família feliz. Este enunciado também aparece no relato de *Paixão*, como importante ideal e motivo de frustração. Desta forma, encontrar sua outra metade tornou-se algo imposto pela natureza e inquestionável na sociedade humana. A máquina do discurso coloca em movimento também uma série de marcadores sociais que passam a estabelecer diferenças, qualificando e desqualificando pessoas para a vida amorosa. Entram nessa delimitação os marcadores de geração, raça, nível econômico e social. Assim, os bem-aventurados do amor parecem ser sempre pessoas jovens, saudáveis, bonitas e estudadas. A literatura, a mídia, os filmes tratam de imprimir essas delimitações, configurando a normalização do amor.

Nesse sentido, a produção da **infelicidade** na vida dos sujeitos excluídos da lógica do amor, como no caso que bem demonstra *Paixão*, vem da força que provoca a união de felicidade pessoal e amor. Desta forma, aqueles excluídos dessa lógica, passam a sentir-se

infelizes, diferentes. Todos indicam ter como grande desejo a fusão amorosa que produz sensações únicas e que extraem os indivíduos das dificuldades cotidianas.

É mediante essa reflexão que podemos perceber a contradição existente no binômio felicidade/amor. Para ser feliz passa-se por inúmeros desafios e sofrimentos, porque sua realização parece ser uma meta sempre distante e remota e demais idealizada. Os que parecem encontrar o amor também se dizem sofrendo por uma provável perda antecipada. Mas o maior sofrimento parece ser para aqueles que, como nosso entrevistado, não podem atingir a “mais interessante vivência emocional”. Sentem-se como se não tivessem realizado algo inerentemente humano e naturalmente sequencial na vida de todos, como nascer, crescer, encontrar seu par e constituir família. Esses indivíduos passam a se sentir um fracasso em suas vidas pessoais por não terem conseguido encontrar um amor e realizar algo tão simples e ao alcance de todos os indivíduos. A autora destaca, e é esse o nosso objetivo com essa reflexão, o caráter normativo dado ao binômio felicidade/amor e os efeitos que ele provoca nas relações humanas. Essa normatividade parece igualar as possibilidades entre as pessoas reduzindo a um tipo padrão de experiência de vida: apaixonar, casar, ter filhos e etc.

Pensando dessa forma, também a felicidade nos parece marcada pelos discursos e contextos sociais. É preciso, então, como no caso de *Paixão* pensá-la para além das fronteiras do que vem sendo imposto como verdade para uma vida exitosa e, com flexibilidade, pensar outras formas de erotismo e afeto que podem ser construídas e agenciadas.

5.3. Entre o *Príncipe* e o *Vampiro*: a inauguração de uma nova posição de sujeito a partir do HIV.

*Disparo contra o sol,
Sou forte, sou por acaso,
Minha metralhadora cheia de mágoas.
Eu sou um cara.
Cansado de correr
Na direção contrária,
Sem pódio de chegada ou beijo de namorada,
Eu sou mais um cara.
Mas se você achar
Que eu tô derrotado,
Saiba que ainda estão rolando os dados
Porque o tempo, o tempo não pára (...)
Cazuza*

O terceiro entrevistado foi convidado com muito cuidado. Por se tratar de uma entrevista mais profunda, que demanda tempo e mobiliza diversas emoções no interlocutor, havia o receio de que esse participante tivesse dificuldades em aceitar. Sua infecção pelo vírus é relativamente recente em relação aos demais entrevistados - de apenas dois anos - e temia-se que ainda não tivesse digerido por completo essas mudanças em sua vida.

O cuidado no convite foi percebido por esse interlocutor, que já foi imediatamente dando o retorno: “*Não precisa ter vergonha de convidar não... sempre tive esse desejo de participar de sua pesquisa...*” Desta forma, mostrou-se desde o início bastante interessado em dividir sua experiência e trazer à pauta suas reflexões. Foi sugerido que ele escolhesse o local da entrevista, onde pudesse sentir-se tranquilo e com privacidade. Ele propôs sua casa, onde ofereceu um delicado café da manhã. Seu espaço dizia muito desse entrevistado: organizado, limpo, arejado, com muita cor, muita arte e uma mistura bem equilibrada de aconchego e cultura. Em um primeiro momento, parecia se tratar de alguém que equilibrava bem esses elementos em sua vida, mostrando sua racionalidade através de seus livros, sua possibilidade em lidar com o artístico e o lúdico, através da arte e a sensibilidade e o afeto, presentes nas

disposições dos móveis e organização do espaço que o transformavam em um lugar bastante agradável.

A entrevista foi iniciada nesse ambiente após uma conversa inicial com conteúdo aleatório. Depois de dizer dos objetivos da pesquisa e explicar todo o processo e método escolhido de delineamento dessas ações, foi sugerido que este escolhesse uma metáfora que pudesse nomeá-lo durante a pesquisa e garantir seu sigilo. A resposta foi uma grande e gostosa gargalhada, seguida de: *“Hum... bem... algumas pessoas me chamam de príncipe.”* Muito pertinente a metáfora, porque esse interlocutor é um homem bonito, de 34 anos, que se porta de forma segura e educada, com uma narrativa bem articulada de um pós-graduado e gestual espontâneo que, junto ao ambiente que se encontrava, parecia mesmo tratar-se de um **Príncipe**.

Assim, iniciamos nossa entrevista com uma metáfora escolhida por nosso interlocutor para nomear-se, utilizando de uma imagem socialmente tida como objeto de amor ideal. A figura arquetípica²⁷ de príncipe diz respeito a um lugar de perfeição, beleza, inteligência, educação e cavalheirismo. De uma maneira geral, todos esperam por seu príncipe encantado. Este já aparecera na presente pesquisa, no relato de **Paixão** em suas expectativas de amor romântico. Dialogando com a reflexão realizada por Rodrigues, Leite e Freitas (2012), o príncipe permanece no imaginário contemporâneo e é a todo tempo ressuscitado pela produção cultural recente destinada a jovens. Nesta ressurreição ideológica do príncipe encantado, tradução do universo de sonhos dos contos de fadas, ocorre uma adaptação para o contexto moderno através de uma nova roupagem para esse ser arquetípico. Este traduz virtudes da juventude pouco dominadas e exercidas. A ele pertencem os grandes feitos, mais que a manutenção da ordem. Nesse sentido, retornando aos primeiros contos, pode-se

²⁷O conceito de arquétipo foi concebido em 1919 pelo suíço Carl Gustav Jung (1986). Segundo ele, os arquétipos são conjuntos de “imagens primordiais” originadas de uma repetição progressiva de uma mesma experiência durante muitas gerações, armazenada no inconsciente coletivo.

perceber que sua imagem remonta ao herói invencível, de beleza divinal, disposto aos atos mais laboriosos e perigosos em prol de seu amor. Ainda com as autoras, o símbolo contido nos contos de fada, juntamente com o que representam no ideal romântico, ultrapassam diversas gerações constituindo sujeitos e práticas. O que nos chama a atenção, no entanto, é que o arquétipo do príncipe aparece normalmente nas reflexões, associadas a um ideário romântico tipicamente feminino, ao contrário do que nos mostra nossos interlocutores – **Paixão e Príncipe** – ele também se aplica a desejos e sonhos masculinos. E é assim então, que nosso interlocutor da terceira história percebia-se e desejava constituir-se aos olhos sociais: o bom moço, com diversos atributos que o qualificavam como uma pessoa bastante interessante.

Retomemos a entrevista com **Príncipe**. Ele inicia seu relato, contando-nos como foi sua descoberta do diagnóstico positivo para o HIV, suas reações, sentimentos e as saídas que ele procurou nesse momento de susto e diversos conflitos. Assim, ele inicia sua história contando-nos acerca do **diagnóstico**.

- Conte um pouco sobre a sua vida depois da descoberta do HIV.

- Do laboratório, logo de manhã, me ligaram e falaram que meu exame tava pronto, aí eu falei que tava indo buscar. Aí eu fui a pé porque eu queria ir rezando. Aí peguei o exame com o envelope fechado, aí pensei não vou abrir aqui, vou pra igreja para abrir este resultado. Deus vai me abençoar. Pelo amor de Deus! Cheguei lá e a igreja toda fechada. Eu falei: não é possível! Aí, sentei no pé da árvore no estacionamento e abri o exame, aí tava lá: reagente! Pensei: bom, já sei o que isto significa né? Aí aquela coisa assim, perdi o ar, não conseguia respirar, aquele desespero. Já sei o que isso significa!

- Significa o que?

- Que eu sou **soropositivo**, **soropositivo não!** Eu sou **aidético**, aquela coisa mais pesada ainda, aí eu ficava: ai meu pai, ai meu pai! Só ficava falando isso, eu não pensava mais em Deus, pensava que Ele tinha fechado as portas pra mim, ficava muito nessa analogia. Aí quando eu abri o exame, a primeira pessoa que me acionou foi um ex, pelo telefone, aí ele me ligando, ligando, aí eu falei que estava numa situação delicada, que não queria conversar com ninguém, só que eu tinha esquecido que tinha falado com ele que eu ia buscar um exame de saúde, aí ele começou a falar que queria me ver naquela hora, perguntando o que estava acontecendo e foi correndo lá pra conversar comigo. **É polêmico isso porque quando você recebe a primeira informação, você fica nessa carência de pedir socorro para todo mundo, por mais que a gente tenha que velar, porque você não**

sabe qual vai ser o julgamento do mundo lá fora, você quer apoio. Fiquei ali, a manhã inteira, no mesmo lugar que sentei, no pé da árvore na igreja.

O momento da descoberta do diagnóstico representa uma ruptura na vida dos indivíduos. Para Almeida e Labronici (2006) a revelação desorganiza as relações e a vida em sociedade, principalmente as mais próximas, como família, trabalho, amigos, lazer e paixões. É um período acompanhado de muitas incertezas e que gera ansiedade, insegurança, medo e a perda do que já é conhecido para um porvir desconhecido e caracterizado no imaginário social como equivalente a adoecimento, morte e discriminação. Para os autores, é confrontando com essa nova realidade que a pessoa passa a vivenciar momentos de grande sofrimento.

Uma melhor compreensão da problemática desse momento pode ser encontrada na análise de Silva (2012), quando ela esclarece que as inúmeras mortes relacionadas à aids e a divisão inicial em grupos mais vulneráveis pela infecção do HIV, traz uma imagem extremamente estereotipada da síndrome, aumentando o desafio desse início. É um momento que, segundo a autora, instaura uma crise existencial de percepção de morte anunciada e o acúmulo de inúmeras incertezas. Nessa perspectiva, o **Príncipe** nos relata momentos bem impactantes na descoberta do HIV. Este não considerava a possibilidade de ter o vírus, pois segundo ele “*não era uma pessoa promíscua e nem que se arriscava tanto*”. Foi acompanhar um amigo ao processo de exames e foi uma quebra de paradigmas. O amigo estava com resultado negativo e ele, positivo. Diz ter se sentido “**sujo**” e foi tão tomado pelo diagnóstico a ponto de se perceber como se fora outro sujeito, síntese de todas as imagens relativas ao HIV. Sentia-se doente, achava que iria emagrecer e que caminhava para a morte.

O processo de descoberta foi avassalador para ele. Tão forte que passou a ocupar essa outra posição de sujeito. De **Príncipe**, com sua beleza e gestos educados, o “bom moço” passou a ser o “**aidético**”, aquele que tem o sangue **sujo**, que traz consigo uma série de estereótipos relacionados a estar com o vírus, que é promíscuo e sem cuidado em sua vida

sexual. Para Miskolci e Pelúcio (2009), a saúde pública, relacionou-se de maneira bastante preconceituosa com a epidemia em seu início, tendo assim, dado origem ao dispositivo da aids, que permanece se mantendo até os dias atuais. Para os autores, esse dispositivo é acionado nas políticas de prevenção, apresentando como resultado, a normalização das relações sexuais e afetivas de acordo com padrões heteronormativos.

Rezende (2012) argumenta que a história de grande visibilidade dada ao HIV trouxe repercussões bastante negativas sobre a vida com o vírus, projetando sobre a pessoa uma série de enunciados que a anulam em sua individualidade e a constituem como um estereótipo. Assim, o preconceito anula o indivíduo, dissolvendo sua identidade que é substituída por um retrato estereotipado que lhe é imposto. Podemos perceber no relato de nosso narrador a sua rápida passagem após o diagnóstico, de “bom moço”, ao “**aidético**” e **sujo**, relativizando sua própria identidade e transformando a experiência de se saber de um vírus em uma circunstância onde ele passa a colocar em xeque a própria existência e a sua autoimagem.

Leite (2013), pesquisando sobre as metáforas da aids, considerou que foi a mídia a grande difusora do enunciado “**aidético**”. Este, para a autora, traz consigo a violência que simboliza a doença e a morte, associados com visibilidade social e degradação corporal. Assim, para ela, a metáfora passa a atormentar a imaginação coletiva, por poder proporcionar uma morte sofrida e adoecimento publicizado pela imagem corporal.

Miskolci e Pelúcio (2009) aprofundam sua reflexão estabelecendo um paralelo entre estratégias de prevenção e biopolítica, atribuindo para sua conta, a docilização dos corpos através de concepções morais de saúde do corpo. Assim, as prescrições relacionadas à prevenção, são difundidas pelos meios de comunicação de massa, não sendo eficaz na aquisição de comportamentos preventivos da infecção propriamente dita, mas passa a instituir formas de vigiar e controlar as práticas sexuais. Refletindo sobre o dispositivo da aids,

considera-se que este dificilmente proíbe e nega, mas controla e fabrica verdades constituindo subjetividades. No caso do *Príncipe*, que passou a se sentir “*aidético*” e *sujo*, apresentando um relato bastante representativo das pessoas que se descobrem com o vírus, cujas subjetividades passam a sintetizar a culpa e a impureza, por desejos marcados como ameaçadores.

Mediante essa preocupação tornou-se necessário investigar o **discurso da aids na vida de Príncipe**. Percebemos na narrativa deste interlocutor os enunciados que foram atravessando os anos através do discurso da aids, fundados no início da epidemia pelo saber médico, como os voltados para prevenção e controle da epidemia e pelos meios de comunicação. A *sujeira e a promiscuidade* parecem uma recorrente, relacionados a hábitos sexuais considerados desviantes e marginais. No entanto, *Príncipe* traz dois novos enunciados, que são o *irresponsável e o vampiro*.

- Você tava relacionando HIV a que?
- A total **aversão** das pessoas em relação a mim, porque eu tinha preconceito. Associava a questão com pessoa **suja**, pessoa **promíscua**, estigmatizada pro resto da vida, pessoa **irresponsável**, tudo isso era a ideia que eu tinha.
- Como é que você estava se vendo?
- Eu me via sujo, tipo assim, tem alguma coisa dentro da minha pele que tá atingindo todos os meus ossos e que tá sujo e que não tem como eu lavar, não tem como eu tirar isso daqui, tá **poluído**, tá **envenenado**. Até hoje, eu faço associação a **vampiros**, eu fico pensando que quem começou a história de vampiro deve ter sido um soropositivo porque tem toda uma lógica: alguém vem, te morde, te contamina, você agora é um **morto vivo**, esta é uma sensação que **permanece ainda, do tipo eu já sei que morri, mas o que eu tô fazendo aqui ainda, só que agora não estou totalmente tomado por isso, mas a metáfora ainda existe**.

Esse enunciado está relacionado com o discurso do risco, que encontra suas raízes na instituição do biopoder. Buscamos, desta maneira, respaldo teórico na Aula de 17 de março de 1976 de Michel Foucault (2005), que considera a subjetividade como sendo instituída por jogos de saber e poder, passando a adquirir efeitos de verdade e operando fundamentalmente sobre o corpo. A racionalidade moderna e a organização da vida social são instituídas a partir

de acontecimentos históricos que se interpenetram, inaugurando uma forma de poder capaz de fazer viver ou deixar morrer. Assim, Foucault (2005) demonstra que tudo o que opera sobre a carne é cultural e mediado por campos da linguagem que entre eles, encontra-se o da medicina. O signo vem, assim, fabricando a materialidade.

Vida e morte passam a ser perpassadas pela linguagem e a vida moderna, adquire contornos políticos através do exercício de si e do domínio de si e dos outros na instância da *pólis*. Desta forma, o primeiro poder instituído foi o soberano, ao qual cabia deixar viver e fazer morrer, que se transforma posteriormente em poder de fazer viver e deixar morrer. O soberano passa a ter direito sobre a vida. Através da disciplina, o corpo passa a ser alvo de investimento de poder, inaugurando-se, assim, o biopoder, o poder sobre a vida (Foucault, 2005).

Desta forma, o corpo como investimento de poder passa a ser atravessado pelos signos e a linguagem adquire uma materialidade corporal. Primeiramente, o corpo da disciplina é o corpo do indivíduo que busca o aperfeiçoamento e a força. O poder, no entanto, vai se sofisticando e adquirindo contornos populacionais de controle sobre os corpos, incidindo sobre o homem como espécie, nascendo aí a biopolítica que exerce controle não mais sobre o indivíduo, mas sobre a espécie humana (Foucault, 2005).

Os primeiros alvos da biopolítica foram os controles da natalidade, mortalidade e longevidade, instituídos por volta do século XVIII. Assim, iniciam-se os processos de controle dos dados relativos às doenças e o seu estudo de forma ampla, com dimensões populacionais e interesses direcionados à produção e à economia. As preocupações são orientadas aos indivíduos e ao seu entorno, abraçando fenômenos que se tornam pertinentes ao nível da massa. Institui-se, assim, o poder sobre os corpos coletivos e individuais, utilizando-se de estatísticas, para compreensão e controle de situações globais (Foucault, 2005).

O mecanismo da previdência em torno do aleatório que é a vida em população é instaurado, buscando aperfeiçoar um estado de vida através da regulamentação do homem-espécie, que é a dimensão do poder moderno. O saber científico surge nesse contexto, com o poder de fazer viver e não mais de fazer morrer como na soberania. Assim, a morte vem sendo progressivamente desqualificada, com os inúmeros controles e saberes sobre a vida (Foucault, 2005).

O poder vem se deslocando, interferindo sobre a vida e as formas como se vive, docilizando os corpos, que passam a ser recolocados em processos biológicos de conjunto. Nesse contexto, surge a aids, dispositivo de poder, paradigmático da articulação entre os mecanismos disciplinares do corpo e regulamentares da vida e da população. Da disciplina sobre o corpo, ele atua no uso do preservativo e no autocontrole. Na regulamentação, ele atua através da epidemiologia e seus estudos, estabelecendo as normas e a normalização, que instituem, assim, os grupos de risco.

É então, a partir de diversos estudos voltados para a prevenção da transmissão do HIV com foco no risco que a pessoa soropositiva apresenta e os discursos do início da epidemia, ainda presentes nas narrativas, que é possível considerar a produção das subjetividades consideradas "**risco**", nesse contexto da biopolítica. A partir desse discurso, aqueles que não apresentam controle sobre seus corpos, correndo risco, são tidos como **irresponsáveis**. E as pessoas soropositivas, passam a representar o risco, trazendo para si em forma de deslocamento o **risco** que seria para ser visto como uma circunstância diária a ser enfrentada. **Irresponsável** por ter corrido risco e não ter tido controle e **vampiro**, aquele que **representa o risco**, são produtos do mesmo discurso, instaurado para o controle da epidemia, mas configurado para o controle e docilização dos corpos dentro de práticas higienizadas para com o sexo e seus prazeres.

Aquele que em determinado momento não teve controle sobre seu corpo, correndo risco, traz o risco para si, passando a representá-lo. Transforma-se em sujeito perigoso, um **vampiro**, capaz de uma maneira sedutora e atraente, como um **quase príncipe**, trazer a morte para aqueles que ele atrai. Assim é colocado em movimento mais um arquétipo moderno, estabelecendo uma intrincada dinâmica com o **príncipe**. A releitura agora do **vampiro**, com ares de *príncipe encantado*, representa a ameaça, que é suavizada, de acordo com Rodrigues, Leite e Freitas (2012), por encontrar-se envolvida em uma invencibilidade e mistério do amor eterno cortês.

Buscamos nas campanhas midiáticas do início da década de 90, aprofundar no entendimento do discurso da aids associando-o ao risco. “*Se você não se cuidar, aids vai te pegar*”(1991). Nesta campanha veiculada em uma época cuja estratégia midiática era gerar pânico e terror a fim de controlar a epidemia, coloca a aids como algo relativo a alguém que **não se cuida**, em uma discussão moral, onde a responsabilidade com os cuidados em saúde adquirem uma dimensão puramente individual. O enunciado **pegar** também é bem característico da aids. Ele aparece na narrativa de **Paixão**, transformando-se em adjetivo que caracteriza pessoas com o vírus, com o objetivo de demarcar e segregar: **pegado**.

Mergulhando um pouco mais nessa reflexão, o **pegar e o pegado** estão intimamente relacionados ao risco. O indivíduo **pegado** é o **vampiro**, que vai **pegar** outros indivíduos, munido de atribuições perigosas e gerando terror. Atravessado pelo discurso presente na mídia desde há 25 anos, a narrativa de **Príncipe** desliza entre o **sem cuidado** e, portanto **pegado**, para aquele que representa o risco, o **vampiro**, aquele que pega.

Refletindo ainda acerca da mídia, aids e discurso, de acordo com Costa (2014), a morte ainda é vista por nossa sociedade como algo fora da rotina e que também ainda pode ser adiada, através de escolhas bem-sucedidas e do estilo de vida. No entanto, nas campanhas iniciais, ela é colocada como algo que está por vir, próxima, através do risco não evitado –

novamente produzindo um sujeito soropositivo que caminha para a morte. As campanhas do mesmo ano, no início dos anos 90 enunciam a morte próxima de quem **não se cuida**: “*Aids mata*” e “*Eu tive câncer e me curei, eu tive sífilis e me curei, eu tenho aids...*”. Logo, era do risco que se falava. Risco de morte eminente, com forte apelo moral, de quem é responsabilizado por sua **falta de cuidado** e exposição a **situações arriscadas**.

No que diz respeito **à família e ao seu entorno**, é possível perceber (des) encontros e fragilidades. As relações com terceiros aparecem no contexto pós-diagnóstico como uma negociação da própria identidade. É confrontado junto ao outro o que se havia experimentado em um nível individual. Agora, os sentimentos atrelados à autoimagem são realçados com a visão do outro que vem reforçar todos os enunciados geradores de sofrimento e depreciação. O grupo, assim, vem reforçar verdades perpetradas pelo discurso que atinge o sujeito. A reação do grupo reforça o caráter social da experiência, corroborando conceitos e gerando sofrimentos. Reforça de forma direta, expressando a partir da linguagem e de comportamentos, ou de forma indireta, com demonstração de dor desmedida e desproporcional em relação ao significado concreto do vírus na vida dos indivíduos.

*- Teve toda uma história antes e uma história depois. Eu já trabalhei muito isso na terapia que estou pra receber alta (rsrsrs), mas teve todo um contexto, eu nunca me prendi nesta questão de atribuir culpas, mas a minha família... O que mais me machucou até hoje foi ouvir: você foi **culpado**, eu ouço das pessoas mais próximas. Na minha casa um dia minha mãe me falou isto, mas eu não esbravejei, não briguei nem nada.*

- Culpado em que sentido?

*- No sentido de não ter me **preservado**, de ser **inconsequente**, de **ter tido relação sem preservativo**.*

A culpa é resultado do discurso do risco e a moralidade que este traz. Assim, como reflete Vaz (2006), o risco sempre aparece relacionado a uma certa ética onde é necessário pensar as ações para, então, calcular os possíveis obstáculos e se elas se encontram adequadas com os valores morais. Desta forma, as pessoas avaliam as possíveis consequências negativas de seus atos tentando evitar arrependimentos, que estariam em uma posição inversa à do

risco. **Culpa e vergonha** são resultados do discurso da aids e a propagação do preconceito a partir dos comportamentos considerados desviantes e promíscuos e do discurso moral do risco.

A família reforça a culpa que já havia sentido anteriormente, com o mesmo argumento da **falta de cuidado** que foi possível perceber no discurso do risco e na estratégia da biopolítica de controle dos corpos. Desta forma, o argumento parece ser: “não cuidou de seu corpo, correu riscos, infectou-se”. Para Miskolci (2006), uma série de padrões de identidade são socialmente impostos e, para tal, são instituídas diversas formas de controle corporal. A disciplina e a normalização também apresentam suas consequências subjetivas, pois estas estão intimamente ligadas à materialidade do corpo. Logo, não tomou cuidado, não teve controle é um **irresponsável**.

*Tinha uma empregada aqui em casa que era uma grande mãe pra mim, aí teve um dia que eu falei que precisava conversar com ela. Chamei ela no quintal e disse o que estava acontecendo. Falei que o moço que ia lá em casa me transmitiu o vírus da aids. Ela começou a chorar, disse que eu tinha que contar para minha mãe, eu disse que não queria contar para minha mãe, que eu estava contando pra ela pra ela poder me ajudar. Só que ela não conseguiu. Ela começou a faltar no serviço, aí ela ligou para minha mãe e disse que precisava ter uma conversa com ela. Aí ela foi e contou para minha mãe. Aí minha mãe veio chorando, aquela coisa bem histérica, me perguntou por que eu não falei de imediato, eu disse que não queria ter **mais dor de cabeça**, que eu já estava numa situação delicada e não queria **ninguém me fragilizando, potencializando ainda mais a minha situação**, não queria uma palavra de pena. Aí ela não conseguiu ficar em casa...*

Vaz (2006) problematiza o olhar do outro instituído pela sociedade disciplinar, refletindo sobre a constante vigilância em que nos encontramos. Segundo ele, esse olhar é internalizado e proporciona um enorme sentimento de culpa pelo desejo vivido. Logo, cada indivíduo traz consigo um julgamento acerca daquilo que deseja e do que faz. Desta forma, o indivíduo passa a tornar-se instrumento de sua própria sujeição. O resultado desse processo, segundo o autor, é a dor. No caso de nosso protagonista, a família permanece em seu papel do olhar externo de vigilância e está a postos para perceber o desvio, o deslize. A mãe tem seus

representantes na estratégia de vigiar - a funcionária da casa - buscando garantir a disciplina. Na falha desse mecanismo, todos atentos para reforçar o sentimento de **culpa, a vergonha e o arrependimento**.

A dor de **Príncipe** parece atingir seu auge a partir do **olhar do outro**. É esse olhar que não lhe confere saída possível para além da **vergonha e da culpa**. Assim, situado à margem, com reforço de seu entorno, parece não encontrar possibilidades. Busca na atitude desesperada, dar fim aos conflitos e fantasmas da experiência recente. A solidão traz o tom da sinfonia angustiada da falta de saída:

*Aí eu vi que a minha mãe estava preocupada, liguei pra minha prima de Brasília que é uma das pessoas que eu tenho maior vínculo, e eu não dormia, eu tinha insônia, constante, eu cheguei a passar 3 dias sem dormir. Do meu quarto dá para escutar o trem passando. Aí no dia que eu contei pra minha prima, eu lembro que a gente ficou umas **3 horas** no telefone, eu **contando tudo, explicando tudo**, e aí quando desliguei o telefone eu pensei que não devia **justificativa** pra mais ninguém, aí eu deitei e na hora que eu escutei o trem passar eu pensei que seria isso que eu ia fazer, era umas 3 horas da manhã, desci, peguei o carro, fui pra linha do trem, esperei o trem passar **e corri na direção do trem**. Três mendigos ficaram gritando e correram pra me tirar da linha do trem, eu tentei de fato! Aí eu lembro que eu fiquei puto, saí xingando, ao invés de agradecer. Mas eu lembro que quando eles me puxaram com força e eu caí e cortei a sobancelha, eu me lembro que na hora que e cortei eu vi o sangue e veio toda aquela **raiva, sangue!** Era isso que estava **envenenado** em mim, aí saí mais transtornado ainda, acabei voltando pra casa, **choro compulsivo**, fiquei naquela reflexão, aí chorei mais ainda, aí comecei a tramar novas ideias.*

Para as autoras, Reis, Adler, Guareschi, Weiglet e Scisleski (2012) a constituição dos modos de ser do sujeito é pautada por processos de subjetivação, propagados no dia-a-dia por inúmeras práticas que produzem as formas através das quais os sujeitos são chamados a se reconhecer e a se relacionar consigo. Trata-se de tornar claros os jogos de saber/poder que operam na produção de determinados regimes. São esses estatutos de verdade que constituem o **sujeito perigoso**. E é o **sangue que escorre** que traz para o concreto o sentimento que atormentava: era o portador de um **veneno**. **Perigo e olhar do outro** intensificam a experiência, levando a uma falta de saída para o impasse estabelecido pelo julgamento moral em que se encontrava. Mediante a atitude de desespero de **Príncipe**, podemos articular a

questão que nos impõe nesse momento de tensão, a fim de pensarmos possibilidades de resistência e agência: de que forma a vida pode ir além do que aquela que é imposta pela nossa sociedade?

Vaz (2006) pensa a aids como síndrome socialmente atribuída a um tratamento equivocado que o sujeito dá a suas próprias emoções. Segundo ele, a ação e a emoção têm que estabelecer um nexos com o futuro, ponderando acerca do **risco** que se corre. Nesse momento, deve-se refletir não somente sobre a dor e o prazer possíveis de serem experimentados, mas seus efeitos futuros na própria saúde. Acrescentaríamos, por nossa conta, diante da situação de *Príncipe*, que o risco não traz consequências somente para a saúde futura, mas também para o julgamento externo acerca da atitude arriscada.

Permanecendo com Paulo Vaz (2006), é possível considerar que o mediador da consciência na sociedade atual, onde o que prevalece é a fragilidade, passa a ser uma emoção que antecipa o risco ou o prazer. Desta forma, o prazer conquistado em situações de risco, vem sempre acompanhado de um preço a se pagar, transformando a linha que separa prazer e dor em tênue limite. É nesta direção que ele concebe que se na sociedade disciplinar produzia-se o anormal, na sociedade atual, produzimos o risco. Com esse pensamento podemos atribuir ao “portador” como a condição de corporificação do mal. Eles se unem ao que portam e que existe graças ao que fizeram baseados em seus desejos.

E é na direção do fim que *Príncipe* corre e é trazido de novo para a realidade de **vampiro**. Fim pensado, por ter que explicar a condição de **risco que correu**, alongando-se em justificativas de três horas. Não foi o suficiente ser trazido de volta para sentir-se **vivo**. E a nós, é possível traçar um paralelo com o enunciado científico ao se referir à vida de pessoas com HIV: ele permanece sentindo-se uma espécie de **morto vivo**, tendo apenas uma **sobrevida**. Essa posição de fim para o *Príncipe* é a tradução dos jogos discursivos que percebem a possibilidade de encurtamento da finitude como acontecimento legítimo em sua

vida, vista como precária. Foucault (2005) analisa a sociedade disciplinar e o poder exercido pelo soberano como o de “deixar viver e fazer morrer”. Posteriormente, na sociedade constituída pelo biopoder o exercício do poder passa a ser o de “fazer viver e/ou deixar morrer”. Seguindo essa reflexão, o fazer morrer do sujeito risco aparece como uma estratégia disciplinar de apagamento real de sujeitos soropositivos, ressaltando que a vida passou a não importar – o julgamento moral e a posição de risco produzem um sujeito de autoextermínio como um lugar para si.

Seguimos então, com suas **relações de (des) amor, possibilidades de agência e a “amizade como modo de vida”**. **Príncipe**, quando se descobriu soropositivo estava retomando uma relação de muito tempo. Seu companheiro tinha o diagnóstico negativo para HIV, configurando a relação como sorodiferente. Segundo a literatura referente ao tema, a descoberta do diagnóstico gera grande impacto na vida do casal. Para o **Príncipe**, este significou seu primeiro rompimento após o HIV.

- E o seu namorado estava soropositivo também?

- Não, ele não teve nada, mas ele foi o primeiro indicador de que ainda existe preconceito. Ele não me tocava, fazia aquela coisa do tipo: tô aqui para te dar suporte, mas mal dava um abraço, um beijo, dizia que a boca estava sangrando, umas coisas bobas assim sabe! Sexo então nem pensar, nenhuma intimidade de jeito nenhum. Depois eu fui percebendo: ele não tá cuidando de mim, ele tá me isolando. Um dia ele disse que era obrigado a estar na minha casa, mas não era obrigado a ficar aceitando qualquer coisa não. Eu perguntei pra ele o que ele queria dizer com isso, e ele disse que alguém precisava cuidar de mim, porque alguém precisava assumir este papel. Eu detesto isto de me tratarem como pobre coitadinho... Então terminamos.

A presença do risco na vida do casal exige diálogo, abertura e negociação de práticas seguras. Frente ao desafio, os casais buscam ajustar-se, não sem conflitos, mas procuram por saídas para permanecerem juntos. Esses impasses são descritos em pesquisas com temáticas de casais com sorologias distintas (Silva, 2012; Maksud, 2007; Loiola, 2011; Freitas, 2003; Franch & Perrusi, 2009; Finkler, 2003). Nesse caso do **Príncipe**, a rejeição de seu

companheiro configurou-se em algo insuportável, trazendo à tona uma série de questões acerca de padrões dessa relação e de seu companheiro, que tomado pelo discurso do risco, agiu de forma preconceituosa e excludente. A separação foi a solução encontrada. Reis e Gir (2004) encontraram em sua pesquisa com casais sorodiferentes, reações similares entre casais que decidiam abster-se sexualmente, apesar do não rompimento das relações. Foi observado pelas autoras sentimentos de rejeição que interferiam no afeto e na relação sexual. Nesse relato, é mencionada também a dimensão do cuidado, que em outras doenças ou situações onde a saúde é afetada, aparece de forma tranquila e quase incondicional. Esse é o paradoxo dessa narrativa de *Príncipe*. No momento em que ele necessitava de apoio, ele se deparou com a exclusão. Na percepção de seu namorado, inserido em uma sociedade que discursa sobre a vida saudável, onde a saúde passa a ter contornos de juventude e vida regrada, seu companheiro já não mais representava os atributos de um *príncipe*. Na relação, não era mais permitido tocar. Qualquer passo em falso, poderia lhe trazer consequência negativas. Aos **olhos dos outros**, também já não era bom mostrar-se ao lado de *príncipe*. *Príncipe*? Era melhor escondê-lo. A exclusão fez-se imperativa nessa relação amorosa de nosso protagonista.

Ele segue relatando de outras experiências. Deu prosseguimento à sua vida e conheceu outro rapaz. Começaram a namorar, sem vida sexual e nosso interlocutor decidiu por contar o diagnóstico.

- *Esse primeiro cara com quem você ficou depois de terminar, quando você contou pra ele, o que ele fez?*

- *Eu contei pra ele, **mas nem tinha exposto ele a risco! Eu me senti na obrigação de contar!** Ele falou que queria entender, porque ele estava bem apaixonadinho! Mas ele falou que queria conversar com um médico, mas ele ia escolher o médico, porque ele ficou com medo do meu médico contar mentira pra ele, para ele entender bem o que é isso. Porque eu tinha falado para ele que a minha **carga viral era indetectável.** Ele falou que precisava entender como era isso, mas cheio de **distâncias.***

É importante ressaltar que **Príncipe**, assim como todos os nossos interlocutores, apresenta carga viral indetectável, o que diminui bastante a possibilidade de transmissão do vírus (vide estudo relatado no capítulo 1; item 1.3). Este viveu novamente uma situação de distanciamento afetivo após dizer de seu diagnóstico. A falta de informação acerca do vírus parece ter sido a mola propulsora para o fracasso dessa relação. Houve a intenção de procurar profissionais de saúde, o que teria sido uma boa estratégia para problematizar a questão no âmbito do casal. No entanto, cabe aqui refletir sobre essa posição de poder/saber que o profissional ocupa na deliberação acerca da continuidade da relação. A sugestão dada é a de um profissional “neutro” com uma suposta verdade a dar garantias para a relação do casal. No entanto, não foi o que aconteceu. Nesse sentido, Reis e Gir (2004) argumentam que o afeto e a sexualidade ficam comprometidos pelo impacto do diagnóstico, trazendo consequências físicas, emocionais e sociais às pessoas soropositivas, reforçando seus sentimentos de incerteza, insegurança, estabelecendo um momento de crise.

Damos sequência à sua **trajetória amorosa** com mais uma tentativa de nosso interlocutor. Desta vez, no entanto, ele optou por relacionar-se com um jovem soropositivo, que tinha muitas informações acerca de como viver com o vírus e apresentava uma posição de enfrentamento e resistência frente aos obstáculos impostos pelos discursos.

- *Aí encontrei um **cara soropositivo** e em uma conversa, acabou que eu tive meu primeiro relacionamento, depois do vírus. Foram dois soropositivos, mas a primeira noite com ele foi uma coisa assim **bem delicada...** Eu falava que não podia fazer determinadas coisas e ele dizia que não era assim! Fiquei sete meses com ele, mas ele ficou no exterior e eu estava com o propósito de ser fiel. A gente não tava tendo tanta afinidade, a gente tava sendo amigo, só que assim... A gente tinha a*

questão do HIV, e tinha a questão do sexo também, porque eu podia ter minha vida sexual, mas não tava aquela coisa de admiração, e aí eu fui me desprendendo...

- Então quer dizer que você precisou estar com outra pessoa soropositiva para você ir desconstruindo as suas crenças!

*- É... ele **ajudou muito**, né? (rsrsrs) Ele me ajudou muito, foi **quando eu consegui significar tudo**.*

Nessa relação, **Príncipe** encontrou apoio e ela inicia abrindo novas possibilidades para ele. Apesar de não terem permanecido juntos como namorados, ele narra que essa pessoa foi muito importante para ajudá-lo a ressignificar sua experiência. Emerge então, nas trocas desta relação, uma possibilidade de agência. Esse conceito, segundo Furlin (2013), foi concebido por Judith Butler. Ele surge a partir das reflexões sobre a constituição do sujeito, processo alicerçado através da reiteração das normas pelas relações de poder. A agência surge como resistência a esse poder, impulsionada pelo desejo, insurgindo como força inovadora, provocando mudanças, a partir da consciência crítica a respeito das limitações que o poder exerce ao sujeito. Para a autora, é desta reflexão que surgem as possibilidades de resistência/agência. No caso de **Príncipe**, é na relação soroconcordante que ele encontra apoio e a partir dos posicionamentos críticos e políticos de seu companheiro, pôde construir um novo sentido para sua experiência. Ele até então era colocado, pela via das relações amorosas e sexuais estáveis, na condição de “subalterno”. É na intimidade do casal e na partilha do diagnóstico que os preconceitos ressurgem, desqualificando o sujeito e colocando-o no lugar que os discursos sociais reservam a ele: subalternos em seus desejos e direitos.

Essa relação de amor é transformada em uma ligação de amizade e ele segue sua trajetória, agora imbuído de sua possibilidade de agenciamento. Surge, nesse contexto um novo relacionamento amoroso. E ele nos conta:

*- Aí, nesta transição, eu fiquei com duas pessoas e o meu atual namorado começou a conversar comigo por rede social. Eu estava postando umas fotos mais sexys e ele começou a curtir. Aí eu fui ver quem é que tava curtindo as minhas fotos. Eu não conhecia. Aí eu achei ele bonitinho e curti a dele também. Logo em seguida, ele curtiu a minha também, deve ter curtido umas oito fotos assim. Aí eu fui e chamei ele pra conversar. Aí foi papo rolando, rolando e eu vi que ele era mais sensível, que era um **cara sério**. Ele até 2014 só **tinha ficado com mulher**, e aí eu*

pensei: não vou sacanear com ele, porque eu estava só a fim de sacanear, a fim de vadiar.

- Como foi contar para o seu namorado atual?

*-No **escuro do quarto** eu conversei com ele, falei que precisava contar uma coisa, que eu não tinha contado até àquela hora, porque eu não tive momento oportuno, mas acho que nunca vai **ter momento oportuno para falar** isso e eu não tinha falado ainda porque eu não queria que ele se sentisse na **obrigação de estar comigo** e do mesmo modo não queria que ele me visse como **coitado**. Se ele quisesse **sair de cena, eu iria entender**. Aí perguntei pra ele se já havia percebido que toda noite eu tomava remédio, ele disse que já, mas achou que era remédio comum. Aí eu falei que não era um remédio qualquer, era um remédio para HIV, aí ele ficou calado e eu comecei a **chorar pra caramba**. Ele me abraçou e falou: isso não mudaria em nada o meu amor por você, (até hoje me emociono), muito pelo contrário, acho que eu te amo mais ainda! No outro dia a gente acordou e eu fui malhar. Aí do nada ele mandou mensagem que dizia assim: desde o dia que te conheci eu sempre te amei, mas agora eu te amo mais ainda e tenho muito orgulho de você pelo seu cuidado, seu carinho comigo, e isso não vai mudar em absolutamente nada. E pra ele é assim, ele é muito tranquilo, ele não tem nenhum preconceito, ele não fala nada sobre, sempre sou eu que falo. Aí um dia eu arrumando as coisas aqui em casa e eu tenho esse bauzinho que eu guardo todos os remédios porque **a minha ideia é um dia é fazer uma exposição com todos os vidrinhos dos remédios que eu já tomei até hoje**. Então eu tenho algumas anotações do que eu estava sentindo aquele mês. Então eu tô indo pro 24º vidrinho.*

O **escuro do quarto** escondeu o rosto envergonhado, tomado pelo medo, pensando sobre o **momento oportuno** para se falar de algo delicado. A revelação do diagnóstico aos parceiros amorosos e sexuais foi antes problematizada pelos participantes das entrevistas de mapeamento. Foi possível ter contato com pessoas que permanecem em seus silêncios, impedindo-se até de reconstruir suas vidas. Percebemos anteriormente, também, pessoas refletindo sobre o **momento oportuno** para se contar e as reflexões nessa parte da pesquisa adquiriram seu tom de impasse. Dizer de si, para seu companheiro, no caso de **Príncipe** (sim, **Príncipe**), não foi tarefa fácil. Ele ainda não havia elaborado por completo seus próprios preconceitos. Eles estavam presentes, necessitando do **escuro do quarto**. Mas ainda assim, com todo o discurso que ainda o assujeitava, nosso interlocutor foi capaz de resistir. Revelar foi um gesto de coragem e rebeldia contra todos os obstáculos sociais que foram impostos até então. E foi na crença em uma possibilidade de mudança que nosso entrevistado apostou suas fichas e conseguiu.

E é na amizade e compreensão desse novo amor que ele vai se fortalecendo. Ainda de forma tímida, pois traz em sua fala alguns elementos que apontam para uma desvalorização

de si mesmo, mas vai encontrando uma forma mais possível de lidar com sua experiência. A sensação de alívio ao dividir seu diagnóstico e perceber que ainda assim continua sendo aceito e desejado, salta aos olhos em seu relato. O desejo de denúncia do que experimentou em todo esse tempo aparece em forma de **enfrentamento político** artístico e inovador, que é a exposição com seus vidrinhos de medicamentos com os registros da experiência vivida. A vontade de **dar voz a essa experiência vivida em silêncio** o tira do lugar em que se encontrava - de exclusão e invisibilidade. Articulam-se aí, suas possibilidades de resistência/agência em uma bonita manifestação política. Foucault (1981) reflete sobre a amizade como modo de vida, problematizando as relações entre dois homens. Em dado momento, ele faz um paralelo com homens que se encontravam nas trincheiras da guerra concluindo que o que os fazia sustentar as dificuldades vividas naquele momento de desafios absurdos e grande terror, era o afeto que dali insurgia. O coleguismo, a possibilidade de se compartilhar experiências, a ajuda mútua. Ele segue sua reflexão considerando que provavelmente só foi possível a esses homens ultrapassar as fronteiras desse grande desafio, que é estar na guerra, em razão dessa amizade investida de afeto. Assim, Foucault (1981) coloca a homossexualidade como modo de vida. Inaugura a possibilidade de pensá-la como uma vida compartilhada, solidária, de companheirismo e ajuda mútua diante dos embates da vida. Estabelecendo um paralelo com a trajetória de *Príncipe*, podemos perceber como ele sai do lugar idealizado do bom moço, é lançado de forma abrupta e cruel a uma situação de exclusão e resiste. Sai do lugar de **vampiro** que encontrava, a partir da amizade afetiva e amorosa dos dois últimos encontros que estabelece. Interessante como é possível resistir a inúmeras intempéries a partir do afeto e da convivência partilhada.

5.4. **Peixinho: a beleza que traduz o perigo**

*(...) Quem sabe o príncipe
Virou um chato,
Que vive dando
No meu saco.
Quem sabe a vida
É não sonhar.
Eu só peço a Deus
Um pouco de malandragem,
Pois sou criança
E não conheço a verdade.
Eu sou poeta
E não aprendi a amar. (...)*
Cássia Eller

Se antes falamos de **paixões, beija-flores e príncipes**, metáforas cheias de beleza e idealizações, agora chegamos a algumas possibilidades de rebeldia. Rebeldia essa, não sem beleza, ou desprovida de conflitos, dores e oscilações. Mas aqui, encontramos outras ações possíveis de enfrentamento do difícil desafio que é viver com HIV. Não à toa, convidamos Cássia Eller para compor nossa epígrafe. Esta história é protagonizada por uma jovem mulher, de 21 anos. Mora em uma cidade pequena próxima a Juiz de Fora. Quando fizemos o convite para a presente entrevista, imediatamente ela se prontificou. Na ocasião do mapeamento ela nos chamou a atenção pela desenvoltura de seu relato e a forma articulada com que pensava sua condição sorológica e em suas relações. Impressionou-nos também, sua clareza, honestidade e a facilidade com que lidava com assuntos polêmicos sem muito pudor ou subterfúgios.

Contraiu o vírus por transmissão vertical. Consideramos esse dado importante para incluí-la na segunda etapa da pesquisa, uma vez que não tínhamos entrevistado ainda ninguém nessa condição. Buscávamos um entendimento de como a vida desde sempre com o HIV e a presença do vírus num contexto mais amplo, ou seja, envolvendo a família, afetava a

vida sexual e amorosa desses jovens²⁸. Desta forma, esperamos o dia em que ela viria à cidade para consulta médica e agendamos nosso encontro, que também foi realizado no SAE, na sala de atendimento psicológico, em razão da privacidade que proporciona.

Antes que fosse feita qualquer pergunta ou apresentação da pesquisa e seu método, ela inicia dizendo que desde que o convite fora feito para a realização dessa segunda etapa, ela estava pensando sobre sua vida amorosa. Conta que havia um intervalo de dois meses entre esses dois encontros e que ela não pensava em outra coisa e que ficara muito mobilizada com o convite e com o tema da pesquisa. Prossegue dizendo que estava ansiosa para o encontro e que queria muito falar acerca de tudo o que andava refletindo. Trata-se de uma temática que a respeito da qual ela não tem tido liberdade de conversar com ninguém. Quando perguntada do motivo da ansiedade, ela responde:

*... Isso influencia demais, é muito **complicado** porque eu não tenho **liberdade sexual**...*

A fim de melhor refletirmos acerca dessa história, torna-se imperativo estabelecer um paralelo com as anteriores, inclusive com os excertos e estratégias encontradas no mapeamento. As outras foram tomadas pelo discurso da aids, em seus aspectos excludentes e estigmatizantes. Nessa, encontramos componentes desse discurso também de forma frequente, mas a resistência/agência se faz presente em suas problematizações e na forma como se rebela em relação aos discursos. Antes ouvimos, inclusive no mapeamento, situações de isolamento, vergonha e solidão. Agora, a narrativa é de outra ordem: **liberdade sexual**. Desta forma, o relato é marcado por um efeito “gangorra”, com momentos de força e resistência a partir de performances movidas pela raiva e outros momentos de recuo e dor, marcados pela abjeção.

²⁸Considerando ser a epidemia recente, as pessoas infectadas por transmissão vertical são jovens, adolescentes e crianças. Mais jovens, em razão das estratégias de prevenção que diminuiriam drasticamente essa forma de transmissão.

Nossa interlocutora relaciona-se com mulheres e homens, sendo este, outro aspecto de sua vida que consideramos indispensável para convidá-la para a entrevista em profundidade. A invisibilidade em que se encontram mulheres que se relacionam com mulheres em estudos acerca de HIV/aids é muito grande devido à pouca possibilidade de transmissão do vírus. No entanto, como no caso que descreveremos nesse momento, as práticas sexuais podem ser mais flexíveis e o gostar de mulheres pode ter um caráter mais relativo que fixo. Nesse sentido, mulheres que gostam de mulheres, podem - e muitas vezes o fazem - ter relações com homens, expondo-se a possibilidades de infecção. Invisibilizar essas pessoas tornam-nas vulneráveis e à margem, dificultando o acesso a serviços de saúde. Buscamos em Valadão e Gomes (2011) ponto de apoio para nossa reflexão. Segundo a autora, ainda que o preconceito em relação às vivências homossexuais não seja explícito, costuma-se atribuir às pessoas que não se enquadram às expectativas heteronormativas²⁹, a característica de “menos humanas”. Desta maneira, segundo a autora, é necessário ir além de simplesmente estar atento às demandas de atendimento inseridas fora de padrões heterossexuais. Para ela é imperativo que seja desconstruída a subordinação da mulher em diferentes grupos sociais. Nessa direção, é preciso debater acerca da exclusão de mulheres lésbicas e bissexuais e sua consequente invisibilidade institucional. Para tanto, torna-se necessário pensar não somente nas causas da exclusão, como também no impacto que ela gera, na medida em que perpetuam hiatos na atenção integral em saúde ofertada a essas mulheres.

Seguindo a mesma lógica das entrevistas anteriores, em que sugerimos aos nossos interlocutores que escolhessem seus próprios pseudônimos, fizemos a mesma proposta. Ela então se lembrou de uma namorada que depois da descoberta de seu diagnóstico, passou a chamá-la de **Peixinho**. Assim, foi escolhido o nome da protagonista dessa história, a partir de uma metáfora bastante representativa que a caracteriza como uma pessoa bonita como um

²⁹A heteronormatividade, para Petry e Meyer (2011) é problematizada a partir de uma perspectiva que considera a linguagem como produtora de padrões normativos. Assim, ela é entendida como um padrão sexual que passa a regular a maneira como nossa sociedade se organiza.

peixinho, com características aparentemente frágeis, mas que pode ser **venenoso e transmitir uma série de toxinas**. Ela coloca como se sente atingida por essa metáfora:

- *Por que peixinho do mar?*
 - *É **venenoso**, é muito bonitinho, mas se você encosta pode te matar. E você ouvir uma piadinha dessas...Comparar assim... É complicado, mas aceitei, eu sempre tento me colocar numa situação de quem aceita tudo.*

É a segunda vez que aparece nos relatos de história de vida o enunciado **veneno**. A metáfora do **peixinho**, que a faz sofrer diz de alguém que aparenta o que na verdade não é. Ela, segundo sua namorada, quem a apelidou, aparentemente é bonita e inofensiva, mas traz consigo a possibilidade de **matar**. Desta forma, com seus atributos de beleza e fragilidade tem a possibilidade de atrair para si quem deseja, para posteriormente **envenenar**. O sujeito perigoso aparece novamente, em sua versão feminina com os predicados sociais relacionados à mulher – bonita e frágil.

Envenenar é matar ou tentar matar. O perigo aí representado está associado à morte. Logo, o sujeito, **Peixinho**, é colocado na posição de perigoso em um nível de poder matar. Retomamos nossa incursão ao início da epidemia, buscando a compreensão nos discursos presentes nas campanhas midiáticas de seu início. Encontramos então, slogans como: “A *aids* mata **sem piedade**: não permita que essa seja a **última viagem de sua vida**”, que associam não só *aids* e morte, mas um tipo de morte cruel – **sem piedade** – e eminente – **última viagem de sua vida**. Costa (2014), que faz análise das campanhas do início da epidemia, considera que os desdobramentos de tais enunciados no imaginário coletivo surtiram um efeito perverso e exagerado nas pessoas em relação ao vírus e àquelas que com ele se infectavam. A forte associação com morte provoca então o sentimento paradoxal nos indivíduos que estão com o vírus, de estar vivo, ao mesmo tempo em que se imaginam mortos. Já no seu entorno suscita uma associação entre o indivíduo, a morte e o que a relação com ele pode provocar.

Peixinho descobriu-se soropositiva aos 12 anos, quando sua mãe lhe contou. Ela diz que já queria saber porque tomava remédio e foi então que elas tiveram essa conversa. Diz ela:

- Quando você descobriu? Contaram para você ou você descobriu sozinha?
 - Minha mãe me contou, eu não sei o porquê, mas eu queria saber por que eu tomava remédio. Aí eu tinha 12 anos e ela resolveu me contar, e por incrível que pareça devido a outros fatores quando eu era mais nova, já tinha uma vida ativa, já era mais precoce.

De acordo com Paiva, Ayres, Segurado, Lacerda, Silva, Galano, Gutierrez, Marques, Negra e França, em um estudo de 2011 sobre jovens soropositivos, para cada ano surgem mais cinco casos de crianças e jovens soropositivos no mundo. Segundo os mesmos autores, até o ano de 2007, o Brasil registrava 25.000 casos de aids em menores de 20 anos, que foram infectadas por transmissão vertical, ou seja, da mãe para o bebê. No caso do Brasil, onde o SUS oferece os medicamentos antirretrovirais, um número cada vez maior de crianças consegue chegar à adolescência com o vírus. **Peixinho**, desta forma, representa um grupo de jovens que transpõe uma série de desafios desde a infância e chegam assim à adolescência. Esta se descobriu soropositiva, em razão de sua maturidade e curiosidade. Queria entender melhor o que se passava com ela e porque era necessário tomar remédios. Desta forma, inicia-se sua trajetória em um universo diferente de tantas outras crianças, mas comum a muitas e que permanece invisível, segundo Paiva *et al* (2011), nos estudos e pesquisas. De acordo com os autores, dificilmente a sexualidade de jovens é vista como um direito a ser protegido, por isso, quase nada se fala acerca desse direito em relação àqueles que vivem com o HIV. Desta forma, a literatura aborda o sexo de jovens como caracterizado por forte impulsividade e o de jovens soropositivos como o **perigo** que representam. Logo, acrescentando-se ao estigma do vírus, a sexualidade tida como impulsiva, somando-os aos estudos e pesquisas que corroboram com o discurso, a aids em jovens transforma-se em

imbrincado dispositivo. Justifica-se através dessa análise, a emergência do enunciado **veneno** na vida de **Peixinho**.

O relato segue seu curso, apresentando uma série de particularidades em razão da forma como contraiu o vírus, que vale um olhar mais cuidadoso e especial, para um melhor entendimento das escolhas que foi fazendo no decorrer de sua trajetória amorosa. Nesse sentido, ela segue esclarecendo e trazendo sua interpretação aos fatos:

*Olha, meu pai passou para minha mãe, por que ele era **um ridículo**. E ela me passou por ato de **carinho**. Eu vejo como uma **covardia** dele. E quem carrega a culpa é ela. Aí eu não sei direito porque isso passa na minha cabeça.*

A **culpa** já conhecida nos relatos anteriores aparece aqui em uma reflexão acerca da relação dos pais. Um que infectou e que por isso não se trata de uma pessoa digna e a outra, que foi infectada. A relação dos pais e deles com o HIV é carregada por um julgamento moral, onde a **culpa** parece ocupar lugar de destaque, atribuindo aos sujeitos os lugares que ocupam nessa dinâmica. A mãe, por sua vez, encontra-se com a proteção ética do amor na relação entre o casal. Amor que confia e está “resguardado” do risco. Assim - aos olhos de **Peixinho** - é construída a rede de transmissão familiar: um pai que tem uma moral e uma ética duvidosa, culpado pela transmissão, a mãe que ama e, portanto, confia, como prova de amor acaba por transmitir à filha. Nessa direção, o vírus permanece pensado a partir de uma perspectiva ética e moral, com base nos discursos do risco e da aids. Mas a questão não está mais centrada na dinâmica do casal, e, sim, parece ampliada pela lente da família, atingindo também os filhos.

Na pesquisa de dissertação de mestrado de Costa (2014), é feita uma análise do discurso das campanhas dirigidas à prevenção da transmissão do vírus. A autora aponta que essas campanhas tiveram um forte impacto social devido ao seu caráter estigmatizante e preconceituoso. Até o ano de 1991 as campanhas destinadas à prevenção do HIV tinham

como principal objetivo divulgar a aids e suas características. Mas direcionavam seu foco às práticas sexuais, sugerindo, inclusive, a diminuição do número de parceiros. Traziam mensagens genéricas, muitas vezes estabelecendo a correlação do vírus a práticas sexuais promíscuas. As mensagens relativas às pessoas com HIV sempre se relacionavam a adoecimento, morte e solidão, marcando o lugar do sujeito como responsável individual por sua saúde. A partir dessa análise da autora, fica claro como a culpa tornou-se uma recorrente entre as pessoas que possuem o vírus. Ela aparece nas reflexões ora direcionada a si mesmos, ora ao outro como é esse caso de **Peixinho**. É este sentimento que vem permear a sua narrativa por pautar muitas de suas escolhas: a culpabilização e a **raiva do pai**. E é movida por esse sentimento que ela continua dizendo de sua sexualidade:

*Não, eu não gosto de homem, mas quando eu tô com **raiva**, eu vou atrás de homem, aí eu **brinco um pouco** e vou embora dando **tchau**. E com mulher eu já não consigo fazer isso, já tenho maior **cuidado**. Aí eu não sei e é **raiva que eu tenho do meu pai, de ter me transmitido**.*

Ela estabelece em seu relato, movida pelos sentimentos que nutre pelo pai e, portanto, pelos homens, uma distinção de práticas sexuais munidas de afeto e cuidado com mulheres, das práticas sexuais vividas sem afeto. Estas últimas, experimentadas com homens, vêm em tom de rebeldia, com o pano de fundo da raiva, mas com uma tonalidade um tanto lúdica e sarcástica, transformando-se em uma espécie de “in-subordinação”. O jeito lúdico como dá um **tchau**, remetendo ao caráter de objeto atribuído aos homens e a brincadeira desprovida de qualquer vinculação, remete-nos a uma virada de agenciamento e resistência, ao padrão masculino heterossexual de se lidar com as mulheres em relações eventuais. Nessa direção, ela completa sua narrativa dizendo:

*É... Eu uso homem justamente pra isso, eu tenho raiva de homem, raiva, e aí eu penso: **vamos ver quem manda**. Você se acha o **fodão**, que pega menina bonitinha... Só que eu uso camisinha, eu penso isso, eu faço isso, só que antes de eu ir, a minha essência boa fala mais alto e eu ponho a camisinha.*

É sobre esse sentido de agência dado por Butler (2010) que Furlin (2013) vem refletir. Pautamo-nos, desta forma em sua reflexão a partir desse conceito para buscarmos um melhor entendimento da dinâmica de **Peixinho**. Para se chegar a esse conceito torna-se forçoso pensar acerca de como o sujeito se constitui a partir de uma perspectiva foucauldiana. Nesse sentido, devemos entendê-lo como fruto de relações de poder, que são estabelecidas em múltiplas interações sociais, onde a linguagem passa a desempenhar um papel fundamental. Tal sujeito, assim pensado, não é senhor de si e nem tampouco independente, mas erigido a partir de sua relação com outros sujeitos em um sem número de limitações e um tanto de liberdade. É indispensável refletir esses limites, considerando a posição de gênero, que não foi pensada por Foucault e, sim, articulada pelo feminismo.

Permanecemos com as reflexões de Furlin (2013) para entendermos melhor a agência nesse contexto de **Peixinho**. De acordo com a autora, Butler pensa o poder como algo necessário à nossa existência, porque somos produtos de suas relações e assim, nos constituímos. Estamos como sujeitos, inseridos nos discursos que nos formam. No entanto, não somos formados somente pela subordinação, mas o sujeito possui possibilidades e capacidade para gerar novos efeitos, que se encontra em sua própria posição de subordinação. Ela é condição primeira para o tornar-se sujeito, mas é ressignificando suas experiências, práticas e normas, que ele vai adquirindo o poder de transformar. Assim, a agência apresenta um caráter político. É resistindo que o sujeito se torna agência, sendo essa, sua capacidade de ação proveniente dessa dinâmica, cujo motor é o desejo. Movidos por essa reflexão, é possível pensar o sentimento de **Peixinho** – inspirado pela relação de poder estabelecida entre

os pais – como um motor para sua atitude de certa forma política e transformadora, com novas possibilidades de performances nas relações com os homens³⁰.

Peixinho sente muita raiva do pai e transfere essa raiva para os homens com os quais se relaciona. Ela justifica que é esse sentimento que a move em busca do gênero oposto, sempre em relações descartáveis. Fala com certo ar de prazer que **brinca um pouco** e depois logo dá **tchau**. É movida pela crença de que brincar com os sentimentos e o prazer do outro, parece-se como uma vingança do pai. Mas cremos que não é em relação ao pai que se rebela, mas sim com a dinâmica de relação que seus genitores estabeleciam e que produziam desigualdades e vulnerabilidades. Essa forma de se relacionar reproduzida pelos pais nos remete ao padrão heterossexual de relacionamento, que muitas vezes, ainda coloca a mulher em uma posição subalterna. Desta forma, nossa protagonista nos conta que gosta de relacionar-se com mulheres. Por elas tem carinho e respeito. Relaciona-se ocasionalmente com homens, mas sempre munida desses sentimentos e sensações, de raiva e de estar tratando o outro como instrumento de seu prazer.

Faremos nesse momento, um ligeiro parêntese na narrativa, a fim de melhor compreendê-la. Direcionamos nossa reflexão para uma retrospectiva histórica acerca da homossexualidade e de como ela vem sendo tratada por nossa cultura e pelo dispositivo da aids. O prazer sexual, segundo Foucault (1981), apresenta múltiplas possibilidades, estabelecendo e criando diversas relações. É inútil preocupar-se em conhecer a verdade sobre si mesmo a partir de seus próprios desejos, devendo-se utilizar a sexualidade para diversificar o prazer. Desta forma, a homossexualidade não precisa ser tida como uma forma de desejo e sim, algo a se desejar.

Palma e Lewandowski (2008) realizaram um estudo sobre mulheres que se relacionam com mulheres e seu entorno. Elas ressaltam que a temática da homossexualidade encontrava-

³⁰ A fim de realizarmos a análise de maneira academicamente ética, deixamos de lado qualquer possibilidade de julgamento moral ou tentativa de pensar os comportamentos descritos dentro de padrões binários de certo/errado.

se pouco debatida e estudada até o advento da aids que a tirou de sua invisibilidade em sua interseção com a saúde. A partir do advento da epidemia, os estudos passam a tê-la como foco, dando ênfase somente aos homossexuais masculinos, relacionando-os ao risco e ao processo de doença. No caso das mulheres, sua saída da invisibilidade foi através dos movimentos feministas iniciados nas décadas de setenta e oitenta e que começaram a problematizar os direitos sexuais.

De acordo com as mesmas autoras, tais direitos emergem em razão do contexto desfavorável e moralizador. Foi preciso, com os movimentos feministas, repensar as interpretações acerca da orientação sexual dos indivíduos, que assumiam lógicas excludentes e preconceituosas. Com o advento do pensamento judaico-cristão, as práticas homoeróticas passaram a ser consideradas pecaminosas. De pecado passaram a ser classificadas como doença fisiológica e no início do século XX, pela lente da psicologia, relacionadas a desvio no desenvolvimento da sexualidade. Denominada, nesse momento, de homossexualismo, por indicar através de seu sufixo algo que foge da norma, patológico, somente no ano de 1975, a APA (Associação Americana de Psicologia) deixou de considerá-la doença.

Logo, as relações de afeto e prazer de **Peixinho** são estabelecidas com mulheres. Com os homens o contato é povoado de um sem número de “**raivas**”. Raiva, em um primeiro momento, do pai, que é um homem do qual ela não gosta por ter deixado de herança algo que provoca tantos transtornos. **Raiva**, em um segundo momento, por conta dessa história tão moralizadora acerca do HIV, que reverbera em sua vida. **Raiva** por uma série de restrições sexuais que isso representa.

Assim, ela aprofunda seu relato esclarecendo um ponto a mais desse sentimento que vem nutrindo em relação aos homens:

*E veio um cara, e engraçado, foi o único cara que **eu consegui sentir carinho**, a **melhor pessoa que eu já conheci**. Eu tava um pouco mais **suave** no dia. Aí ele forçou um pouco, eu falei que não, aí ele falou que não tinha problema porque eu*

*era **limpinha**. Aí meio que me travou na hora, aí esse termo **limpinha**... Aí o cara que eu achava que ia ter um pouco de carinho me pergunta se eu era limpa. Aí isso mexeu muito.*

Na entrevista de *Beija-flor* o enunciado *suja* aparece relacionando o HIV a uma sexualidade promíscua e desviante. Aqui, nos relatos de outra mulher, novamente ele aparece – *limpinha* – com uma inferência à mulher que se cuida, é limpa e, portanto, com poucos parceiros sexuais, sem qualquer tipo de infecção sexualmente transmissível e feminina – o sufixo *inha* caracteriza o atributo dado às mulheres de frágil, pequena. Em relação ao **HIV em sua vida**, ela coloca:

*- Eu tentava ignorar esse assunto porque bater de frente me deixa **baqueada demais**.*

- E como é que tá sendo pra você agora a gente abordar esse tema?

*- Tá sendo bom, porque **eu preciso falar**, e eu não tenho mais confiança em ninguém. Aí é complicado e isso tá mexendo demais comigo. Eu já vinha pensando nisso, aí surgiu a entrevista e eu comecei a pensar mais sobre. Nada acontece por acaso. Tento me aceitar, porque eu vi que realmente eu não tenho aceitação, eu peço para as pessoas uma aceitação que nem eu mesma não tenho. Por causa disso eu não posso ter uma relação **totalmente segura**, porque eu nunca vou poder passar **total segurança** pra pessoa. Eu posso fazer o tratamento, mas ainda assim existe a possibilidade.*

- Você acha que pra você o que mais pega é a questão da confiança do outro?

*- É o que é mais difícil, porque se fosse só comigo tudo bem, você trata e só vai sofrer com isso, mas não! Eu posso **passar pra outra pessoa**, uma pessoa que decidiu tá comigo e eu vou e passo pra ela, e isso vem **a questão da família**, envolve a família toda.*

E prossegue dizendo que para ela é difícil aceitar a sua realidade com o vírus e que necessita falar a respeito, mas permanece em silêncio, como em relatos anteriores de outros interlocutores. Não se trata de um silêncio então, por escolha, mas um silenciamento por conta de toda a discriminação ainda existente em relação à aids. Problematicamos tal silêncio anteriormente, com auxílio de Miskolci (2008), quando este reflete a respeito da “política da vergonha”, que se instaura nos indivíduos pelo medo de ficarem vulneráveis aos olhares sociais, passando a se esconderem em seus armários. Ela também remete sua fala à **total segurança**, idealizando essa possibilidade, como se fosse unicamente relativa às pessoas que

não possuem o vírus. Mas em uma sociedade em que predomina a fragilidade, o risco pode advir de inúmeros fatores, inclusive do desconhecimento do próprio diagnóstico de alguém que não se previne e não previne o outro, por não saber-se soropositivo. Paulo Vaz (2006), que versa acerca do risco, relaciona-o a um viés moral em nossa sociedade. Ele reflete que o risco é inerente à vida, mas seu discurso em nossa sociedade faz com que os indivíduos assumam posturas de constante avaliação em relação às situações arriscadas. Assim, **Peixinho**, com a idealização da segurança máxima, preceito inatingível, deixa de relativizar o risco e problematizar esse impasse com suas parcerias.

O receio de uma possível exposição e consequente julgamento social aparece quando essa se remete à família. O desafio, então, ultrapassa o contexto íntimo do casal e ela se sente como se tivesse que explicar-se a esse entorno de suas possíveis parceiras. Com toda a sua possibilidade de resistência e agência instigada por seus sentimentos, a fala de nossa entrevistada ainda permanece carregada por discursos morais. E é o olhar do outro que mantém aceso a chama da **vergonha**. Prosseguimos com um forte recuo de sua “gangorra”:

- Mas você tá com a carga viral indetectável?
 - Ela só está um pouquinho alterada, mas na maioria das vezes é indetectável. A gente que **tá nesse meio é uma coisa**, agora as pessoas que estão **de fora é diferente**. Igual essa menina que eu estava com ela, teve um dia que ela pediu para **olhar minha boca pra ver se tinha carie**. Nossa isso **acabou comigo**. Ela pediu um tempo pra ela, ela foi super sincera comigo, ela falou que **sabia que como passava**, mas ela precisava **digerir**. Mas quando ela pediu pra ver, aquela coisa da **escravidão** que mexe com **mercado**, um **objeto**, aí isso mexeu muito comigo. Agora... Nesses tempos recentes... Ah... Isso mexeu muito comigo... Falei: vou ter que pensar, eu vou ter que aceitar calada porque eu tenho culpa de ter... Eu vou ter que aceitar qualquer coisa que a pessoa falar porque **é a reação dela**. A gente não pode advertir, **não tem direito de ficar chateada** com as coisas que a gente escuta.

Olhar os dentes lança nossa interlocutora à posição sugerida por ela, como análoga a de **escrava**, alguém não humano, cujos dentes apontam para seu valor de mercado e sua saúde. **Dentes** bons, valor assegurado, pode se relacionar sexualmente. Problemas nos **dentes**, saúde comprometida e nenhum valor. É perigoso para relações sexuais. Ela é avaliada e se

cala. E não é a forma de transmissão sexual que caracteriza a culpa nesse caso. Mesmo tendo sido infectada por transmissão vertical, ela se sente culpada, recolhe-se, não questiona e nem argumenta, silenciada, só escuta. É na materialidade do corpo que a exclusão se justifica e se inscreve. Corpo doente e perigoso e corpo interditado para viver o prazer. Mas é um corpo específico. O não humano, abjeto, pensado por Judith Butler (2002) anteriormente descrito.

Matos (2015) que faz uma análise do corpo feminino a partir do conceito de abjeção de Butler, argumenta que os corpos dissonantes que não estão circunscritos nas duras regras sociais, passam a ser considerados como abjetos, não tendo reconhecimento como sujeito nas relações sociais. Nesse sentido, a partir de determinadas prerrogativas, são inscritos na sociedade características que devem ser incluídas e outras, excluídas na elaboração daquilo que representa o humano. Salientamos, de acordo com a autora, que o sujeito humano nessa discussão é entendido como fruto de construções sociais, que vão operando as diferenças, que produzem as diversas matizes de humanidade: aquilo que é relativamente humano, o nada humano e o que é tido como inconcebível de ser visto como humano. Assim a avaliação dos dentes em nossa interlocutora apresenta um caráter classificatório em relação a sua própria humanidade. Ela prossegue:

*Porque quando acontecem essas coisas, eu sinto o **meu corpo minguando e sei lá!** Ficando minguado **num canto de uma sala e sem querer contato com ninguém e sei lá desesperada, triste mesmo. Me diminui muito**, é uma tristeza das piores que a gente pode sentir, e isso mexeu muito comigo, e tô sentindo meu **corpo diferente** e posso até tá caminhando para uma depressão, porque **desandou inteiro meu corpo**, a gente acha que não interfere, mas a gente pára pra pensar e a gente vê que é por isso, a gente tenta imaginar outras coisas, eu tentava jogar essa tristeza no meu trabalho. Agora eu tô trabalhando, tô na faculdade, a vida tá ótima, e o que me incomoda? Aí é isso: é **não aceitar ter o vírus, é o medo de passar para outras pessoas, essa situação que eu sou obrigada a passar por ter**, e foi uma coisa indireta que eu também não tive culpa.*

O **corpo que míngua** e tenta esconder-se em um canto de quarto continua marcando sua situação de exclusão. Ele se apequena diante do outro em uma alusão a uma diminuição

de sua importância, de sua possibilidade de interação, de seus direitos a uma vida afetiva e sexual. Diante da cena, faz-se ímpar discutir a opressão gerada pela cultura que segrega criando relações de subalternidade. Essa discussão está presente nos estudos de Matos (2015) que considera que as pessoas possuidoras de determinadas características que as desqualificam no corpo social tornam-se passíveis de serem oprimidas pela cultura da normalidade, sofrendo diversos tipos de violência por não cumprirem com determinados requisitos de normalidade corporal. E é nessa direção que ela completa, falando de suas dificuldades nas relações sexuais:

*...Eu transo, mas **eu não deixo a pessoa me tocar**, eu transo, mas eu **tenho medo de tocar as pessoas** e isso interfere na relação porque eu fico com medo de ter uma **relação fixa** com a pessoa.*

Fica bastante claro na narrativa de nossa protagonista todo o processo que vem constituir uma vivência sexual marcada por dificuldades. Um corpo que se reconhece como abjeto passa a ser interditado para o toque e para tocar o outro. O corpo interditado é em suas possibilidades de prazer. Nesse sentido, Matos (2015), refletindo sobre o corpo com impedimentos, apresenta a dimensão da subjetividade e da experiência de vida, para melhor compreensão do que significa esse tipo de experiência. Segundo a autora, a teoria feminista trouxe importantes contribuições nesse sentido, tirando essa dimensão da corporalidade de uma análise estática e não contextualizada. Ela prossegue:

*– Interfere porque a gente não sabe até que ponto a gente pode ir. Eu não sei de fato se eu posso ficar totalmente nua! Vai que encosta sem querer! Vai que quer encostar! **Não pode! Não dá!** Aí não dá para criar **vínculo!** Igual as pessoas falam, que **sexo lésbico é mais difícil de passar**, mas pra mim seria muito mais fácil se eu fosse hetero, porque o homem coloca a camisinha e pronto, acabou! Se o cara for legal, muda pra outro. Se eu sou **limpinha**, pronto, usa a camisinha e pronto, porque homem já é mecânico, não tem envolvimento maior, agora mulher não, a mulher já é mais no toque, é mais no corpo mesmo.*

- Eu tocando a menina eu sei até que ponto eu posso chegar. Eu não tiro a roupa, não tiro a calcinha.

- Você não tira a calcinha? Você tá transando de calcinha?

- *Ham ham, às vezes até a camisa, eu sinto **vergonha do corpo**. Esse negócio de ter o HIV compromete **a autoestima** da pessoa, eu tenho vergonha total do meu corpo! **E não é só o medo de passar**, envolve muita coisa, eu acho que envolve **toda a vida da pessoa**. Não é só transmitir, não é só o tratamento, **envolve tudo!** Tudo que acaba com a cabeça. Não adianta as pessoas falarem que eu tenho corpo bonito, mas se outra pessoa vem, eu já não consigo tirar a roupa, fico com **vergonha**, porque às vezes a pessoa vai sentir **desejo de tocar e não vai poder**. Aí eu fico sem jeito.*

O binômio corpo/sexualidade considerado nessa narrativa encontra-se em uma preocupação individual de **Peixinho**, mas merece uma reflexão crítica e social para que possa ser entendida a dinâmica construída em seu relato entre prazer, toque, corpo, nudez e vergonha. A **vergonha** de um corpo que precisa estar oculto, escondido e intocável, porque ele tem algo de impuro que não pode ser conhecido, descoberto e que ainda, pode oferecer perigo – um corpo que através de qualquer toque transmite o vírus, mesmo que racionalmente ela entenda as circunstâncias específicas para a transmissão. Ela também coloca de uma forma bem pertinente um debate ainda não encontrado em literatura: o sexo lésbico e as dificuldades de prevenção, assim como a suposta segurança nesse tipo de relação considerada pouco vulnerável. De acordo com a reflexão lançada, as poucas alternativas para prevenção na relação lésbica, tornam-na vulnerável e diminuem suas possibilidades de prazer. Faz-se necessário um estudo posterior acerca dessa temática para que esta possa ser contemplada nos estudos e pesquisas acerca de sexualidades soropositivas.

O feminismo, de acordo Matos (2015), propõe uma reflexão fundamental acerca do corpo que apresenta algum tipo de impedimento. Esse debate frequentemente negligenciado vem à tona com contribuições feministas, que não têm o corpo como algo estático, mas que traz consigo a dimensão da subjetividade e da experiência, marcadas pelos diversos contextos sociais, políticos, econômicos e culturais. O corpo de **Peixinho** é um corpo feminino e percebido como um corpo com impedimentos e marcado por cicatrizes morais.

Ainda com a reflexão de Matos (2015) a lógica machista e a ênfase dada pelas normas e diretrizes sociais de um corpo feminino estabelecido como normal, fazem com que

as mulheres que não se encontram nesse padrão, sejam responsabilizadas pela segregação sofrida. No caso de nossa protagonista, cujo elemento de diferenciação do corpo é a presença do vírus da aids, cuja imagem é carregada pela culpa, essa responsabilização individual parece ser ainda maior. Assim para a autora, o gênero feminino é marcado por um corpo cheio impedimentos morais, que criam uma dupla sujeição para as mulheres, potencializando a exclusão. Dessa forma, essas mulheres inseridas fora de determinados padrões apresentam grande potencial para serem discriminadas, que pode tornar-se ainda mais complexo com outros elementos interseccionais como raça e classe social. No caso, nossa interlocutora não se encontra inserida nesses outros marcadores sociais da diferença, por ser uma mulher branca, jovem, de classe média e cursando ensino superior.

É preciso, então, de acordo com Leite (2013), ter olhos mais atentos para o corpo do qual se fala. É sempre necessário perceber os discursos que nele imprimiram suas marcas. Esse corpo que minguia, mas que tem seus momentos de agência e possibilidades lúdicas é um corpo duramente esculpido pelo contexto social em que está inserido. Sua materialidade é a tradução da forma como **Peixinho** se relaciona com o mundo, estando em todo momento adquirindo novas formas e contornos de acordo com cada experiência e relação que se estabelece. No invólucro material estão guardadas todas as dores, todo o erotismo e sedução, todo o sofrimento e toda a vergonha. Nele estão sintetizados os discursos da aids, do risco, do amor, os discursos do patriarcado, que geram impedimentos, mas que também o fazem performar situações de resistência/agência.

REFLEXÕES FINAIS:

Ao pensar sobre o estudo do tema acerca das trajetórias amorosas e sexuais de pessoas com HIV, ponderamos sobre sua atualidade. Não entendendo ainda o poder dos discursos, refletimos, inicialmente, acerca da relevância do tema nos momentos atuais, provavelmente com uma ideia pré-concebida de que os avanços tecnológicos já tinham lançado a questão do HIV e do preconceito para escanteio, como uma temática do passado. Mas a questão de pesquisa fazia-se presente a partir da escuta de inúmeros relatos. Seguimos, no entanto, com a percepção de que talvez o disparate gerado entre avanços científicos e concepções sociais era refletido na vida dos sujeitos como um grande hiato que gerava invisibilidades e calava inúmeras vozes. O primeiro impulso foi então, no sentido de compreender a natureza dessa lacuna que refletia de forma tão contundente na vida dos indivíduos. Prosseguimos na direção para onde apontava o desejo e as muitas vozes carentes de serem escutadas. No entanto, ao iniciar nossas entrevistas, foi possível perceber como as imagens construídas no início da década de 1980 ainda permaneciam vivas, circulando pelos diversos discursos que marcam a vida dos sujeitos soropositivos, estabelecendo um grande paradoxo entre avanços tecnológicos e medicamentosos, as possibilidades reais que estes ampliam, e as concepções sociais acerca da vida com HIV.

Mediante essa reflexão, apoiadas por Costa (2014) foi possível considerar que a aids vai muito além de ser uma questão puramente biomédica, a ser enfrentada com propostas de prevenção e tratamento. Aspectos socioculturais perpassam a adesão ou a resistência das pessoas às soluções biomédicas criadas, atravessam experiências, delimitam (im) possibilidades, instituem posições de abjeção e subalternidade e estabelecem uma série de obstáculos para as vivências eróticas e amorosas das pessoas que vivem com HIV. Nesse sentido, a aids é um tema de discussão ainda bastante contemporâneo. Faz-se necessário

compreendê-la na sua dimensão sócio-histórica, evocando um grande debate político, institucional e humanista.

Logo, podemos arriscar a conceber a aids como paradigmática da operação dos discursos na constituição dos sujeitos e na demarcação social de parâmetros para a normalidade e o desvio. Assim, no primeiro capítulo de análise, foi possível perceber, não sem susto, o paradoxo apresentado pelas experiências de pessoas soropositivas frente às relações amorosas e ao seu erotismo, e as possibilidades concretas de saúde e prevenção que esses indivíduos têm hoje. As chances reais dessas pessoas com carga viral indetectável de exporem seus parceiros são muito pequenas e, ainda assim, são tidas como perigosas. A percepção do risco é muito maior do que o que ele representa de fato, em uma supervalorização da situação arriscada em detrimento de outros riscos concretos que corremos socialmente e que pouco se fala a respeito. O paradoxo fica ainda mais claro, quando fazemos uma retrospectiva e percebemos que os enunciados permanecem os mesmos do início da epidemia, perpetuando discursos que emergiram há quase quarenta anos. Nesse sentido, torna-se fundamental a discussão do que emerge ainda nesse capítulo analítico, acerca do poder dos discursos do risco, do amor, do sexo e da moralidade em torno da revelação. Desta forma, os problemas em torno da aids mostraram-se vivos, denunciando as práticas sociais excludentes e fortemente marcadas, constituídas pelos discursos estabelecidos por relações de saber/poder onde a medicina, a mídia e a saúde pública desempenham um importante papel nesse intrincado dispositivo. Ao percorrer esse caminho reflexivo, o que mais chamou a atenção, então, não foi a “novidade” dos enunciados que se referem ao discurso da aids. Não a “novidade” do preconceito e da discriminação. Mas a “novidade” do silêncio e da banalização que circundam esses eventos.

Mediante essas ponderações, torna-se pertinente reafirmar o poder da linguagem, extraindo o caráter considerado natural de determinados eixos da vida e assegurando o

enorme poder dos discursos. Eles fabricam e fazem circular enunciados que passam a ter estatuto de verdade. O discurso construiu a aids do jeito como ela é vivida, com inúmeras limitações, sujeições e demarcações. Suas verdades encontram-se difíceis de serem combatidas até mesmo com os argumentos da realidade que provam em todo momento através dos exames indetectáveis, que existem um sem número de possibilidades de vida para se viver. Não estamos, então, no campo do apolítico e da neutralidade. Nesse sentido, buscamos dialogar com Castro e Mariguela (2002) que reforçam a ideia de que as contingências históricas da emergência da aids como epidemia determinaram seu estado atual na nossa cultura. Ainda com os mesmos autores, eles argumentam que o processo de construção da aids tal qual ela é concebida, foi fundamental para a emergência de um discurso hegemônico que vigora até hoje.

Nesse sentido, foi possível entender nos capítulos quatro e cinco, como os indivíduos ainda sofrem rejeições, tidos como marginais e considerados perigosos. Ainda encontram suas identidades sendo avaliadas, pensadas, julgadas. São questionados em seus comportamentos e vida sexual. E ainda são considerados imponderados, impulsivos e imorais. Ainda... Para Miskolci e Pelúcio (2009) passam a ser subjetividades marcadas pela culpa e impureza, sintetizadas nos seus desejos tomados como ameaçadores da ordem social.

Assim, a palavra repetida, os gestos que traduzem posicionamentos, as práticas que reforçam dizeres, vão perpetuando as verdades, tornando-as irrefutáveis e cristalizadas. A contradição entre as experiências das pessoas soropositivas e seus relatos, em relação à concretude dos tratamentos e o êxito que têm alcançado, corroboram com nossa crença no poder social do discurso e dos dispositivos que o movimentam na intrincada máquina social. Mobilizadas por essa reflexão e guiadas por Miskolci e Pelúcio (2009), tornou-se possível compreender, na perspectiva dos próprios sujeitos, a forma como o dispositivo da aids cria assujeitamentos, resistências e possíveis ressignificações no campo do erotismo.

Algumas questões, nesse sentido, fizeram-se presentes e ao pretender encerrar esse trabalho, transformam-se em provocações. Quais seriam as possibilidades de resistência/agência para modificar esse panorama? Por que não temos percebido tantas rupturas ou transformações nesse discurso apesar dos avanços tecnológicos? Buscando ponto de apoio novamente em Miskolci (2008), podemos reconhecer no que ele chama de “política da vergonha”, que enclausura os indivíduos em seus armários, a resposta para a perpetuação do discurso. A aids está carregada de silêncios e silenciamentos. Pouco se sabe sobre ela a partir dos indivíduos que a vivenciam. Esse isolamento impede a mobilização e a ação política tão importante para a transformação social.

Torna-se fundamental a reflexão do autor nesse momento em que aspiramos um ponto final (?) a essa pesquisa, a fim de deixarmos como contribuição o debate a respeito. A “política da vergonha” segundo ele, opera a partir da violência simbólica. Ignora-se o sofrimento ocasionado em quem vive em segredo, contribuindo para uma política que utiliza da possibilidade da vergonha publicizada e a consequente desvalorização moral do sujeito. Trata-se do medo do estigma, que produz desigualdades silenciadas e isolamento. Os sujeitos são relegados a viverem o seu desejo considerado socialmente perigoso ao segredo, criando subjetividades marcadas pelo medo de si e da exposição, por serem reconhecidas como abjeto frente a uma hipotética humanidade normal. Nesse sentido, para Miskolci (2008) a sexualidade é construída entre o que pode ser visível e o que é relegado ao segredo. Este é o aspecto perverso da vergonha e que caminha em direção a uma possível resposta às questões acima levantadas. Quanto mais as pessoas se isolam, mantendo-se em segredo, mais expostas aos resultados desiguais da vergonha.

Permanecemos um pouco mais com o autor a fim de problematizar essa questão política que a pesquisa suscita e que nos é muito cara. Segundo ele, na administração política do desejo, o respeito à maioria hegemônica é construído a partir de uma comparação de si

mesmo em relação aos demais, em uma constante avaliação moral, a partir de uma percepção de si como abjeto. A comparação vai sendo articulada, tornando alguns menos humanos e relegados à solidão e outros em condições de privilégio.

Inspiramos na história dos movimentos feministas do início dos anos setenta, a fim de entender como as mulheres saíram de seus abrigos, para discutirem questões que eram tidas como de foro privado e íntimo, mas que eram atravessadas pelo social, que estabelecia as diferenças e com elas, inúmeras desigualdades e relações recheadas de poder e subordinação. Foi na constatação de que o social invadia o privado, estabelecendo relações de poder, que as discussões vieram à tona, abrindo espaço para um projeto de transformação que segue seu curso até os dias atuais. Da mesma forma, podemos nos utilizar também dos movimentos políticos do início da epidemia de aids, pelas lutas por direitos e inúmeros embates bem-sucedidos, que impulsionaram a criação do programa nacional de DST/aids e o acesso a tratamento e medicamentos pelo SUS. Tais movimentos partiram do privado para uma denúncia pública e um pleito de transformação social.

A problemática que circunda o HIV e a aids é tida como coletiva nos aspectos que dizem respeito ao controle epidemiológico, na tentativa de evitar uma crescente e ininterrupta expansão do vírus. Com essa preocupação com a coletividade, são traçadas as estratégias de prevenção e elaborados os projetos de saúde pública, com um objetivo de controle social e, portanto, biopolítico. No entanto, a dimensão das experiências à luz dos direitos humanos, é extraída de seu aspecto coletivo, cabendo aos indivíduos, em foro privado, negociarem possibilidades e procurarem suas próprias alternativas a fim de vivenciarem seu erotismo. Estratégias individuais foram percebidas nos relatos para o mapeamento e histórias de vida. Na mesma direção, caminha a administração do risco, tida como individual, mas atravessada por inúmeros marcadores sociais.

Nesse sentido, assim como o corpo no feminismo, o amor e o erotismo para pessoas soropositivas passam a ter sua dimensão política, assim como outros direitos negligenciados pelo silenciamento desses indivíduos. O silêncio apresenta também seu efeito colateral na coletividade, porque conforme foi constatado nos dados da pesquisa, o segredo do HIV ainda é velado em diversas relações sorodiferentes, sejam elas estáveis ou ocasionais. Impedidos pelo preconceito de dizerem de si, o não compartilhamento do diagnóstico em relações afetivo-sexuais impede o comprometimento mútuo com práticas seguras e a responsabilização dos membros da relação com possíveis situações arriscadas.

Assim, o isolamento se configura, os indivíduos se guardam em suas vidas e questões privadas. Mas é no social que a desigualdade se inscreve. Logo, é nessa instância que esse debate necessita ser construído. A denúncia e a crítica necessitam ser feitas. O tema necessita ser colocado de novo em pauta. Porque não está tudo bem com as pessoas soropositivas. Estas ainda estão deixadas no complicado terreno do desvio, invisíveis em seus direitos. A sexualidade e as relações amorosas não são também algo de secundário na vida.

Este “ponto final”, então, a meu ver, trata-se de um convite e uma provocação ao pensamento crítico, a um olhar desconfiado em relação aos discursos que nos atravessam. Um convite à “in-dignação” em relação às práticas e concepções que ferem a dignidade e o direito de outros, inseridos nessa mesma sociedade que hierarquiza pessoas e práticas, estabelecendo um julgamento moral onde existem pessoas invisibilizadas, extraídas de sua humanidade.

Relações de subalternidade precisam ser questionadas, olhadas, denunciadas, criticadas. Desta forma, pensamos a resistência e o presente trabalho de pesquisa. Como uma pequena possibilidade de resistência/agência em relação a situações de subalternidade constantemente vividas por essas pessoas por quem nutrimos tanto afeto!

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Abreu, C. F. (2014). *Pequenas Epifanias (4^a ed.)*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Almeida, M. R. C. B. & Labronici, L. M. (2006). *A trajetória silenciosa de pessoas portadoras do HIV contada pela história oral*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Paraná, Paraná, PR, Brasil
- Amorim, C. M. & S., A. M. (2008). Analisando a Problemática do Risco em Casais que Vivem em Situação de Sorodiscordância. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13.
- Amorim, C. M. & Szapiro, A. M. (2013). Entremeando Saúde e Doença: a Condição de Soropositividade para o HIV no Contexto de Culto à Vida Saudável. *Revista Mal-estar e subjetividade*, 8(3/4).
- Arendt, H. (2001). *A Condição Humana*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Bessa, M. S. & Terto Jr, V. (2001). Contudo (e apesar de tudo), o sexo. *Boletim da Abia*. Recuperado de www.abiaids.orh.br em setembro de 2015.
- Bozon, Michel (2002). A pesquisa sobre o comportamento sexual na França na era da AIDS. *Horiz. Antropol.*, 8 (17).
- Bravo, P. R. (2014). *Efeitos da Visibilidade/Invisibilidades das Pessoas Vivendo com HIV/Aids*. Dissertação de Mestrado, Centro Universitário de Brasília, Brasília, DF, Brasil
- Brum, L. M.; Moraes, Resener, M. & Roso, A. (2011). Relações Conjugais e HIV/AIDS: Articulações Possíveis. Anais da Jornada de Pesquisa em Psicologia. UNISC.
- Butler, J. (2015). Corpos Que Importam. *Sapere Aude*, 6 (11), p.12-16.
- Calais, L. B.(2012). *Entrando Na Ciranda... AIDS, Infâncias e Políticas Públicas Em Saúde no Brasil*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG, Brasil
- Calderon, J. (2011). Carga Viral. *Revista Senso*, 1.
- Camargo, B. V. & Oltromari, L. C. (2010). Aids, relações conjugais e confiança: um estudo sobre representações sociais. *Psicologia em Estudo*, 5 (2), pp 275-283.
- Cancela, C. D. (2012). Trajetórias amorosas e conjugalidade: pertencimento e (des) locamento dos marcadores sociais (Belém 1870-1920). *Projeto História*, 45, pp. 141-168.
- Cardoso Jr., H. R. (2005). Para que serve uma subjetividade. Foucault tempo e corpo. *Psicologia reflexão e crítica*, 18 (3), pp 243 – 249.
- Carvalho, J. A. (2003). *O Amor que rouba os sonhos: um estudo sobre a exposição feminina ao HIV*. São Paulo: Casa do Psicólogo. p. 200.

- Carvalho, José Jorge de (2001). *O olhar etnográfico e a voz subalterna*. Horizontes Antropológicos, Porto Alegre, ano 07, nº. 15, pp. 107-147.
- Castro, E. O. & Mariguela, M. A. (2002). A Palha das Palavras e o Grão das Coisas. *Impulso*, 32.
- Christians, C. G (2006). A ética e a política na pesquisa qualitativa. In Denzin, N. K.; Lincoln, Y. S. e colaboradores. *O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens*. Porto Alegre: Artmed.
- Cohen, S. M., Maccauley M. & Gamble, T. R. (2012). HIV treatment as prevention and HPTN 052. *National Library of medicine*. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3486734> em setembro de 2015.
- Costa, J. F. (2000). *Sem Fraude Nem Favor: Estudos Sobre O Amor Romântico*. Rio de Janeiro: Rocco.
- Costa, S. L. M. (2014). Comunicação, campanhas e bioidentidades: discursos sobre o HIV entre governos, Ocs e Soropositivos. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG, Brasil.
- De Luiz, G. M. & Spink, M. J. (2013). O gerenciamento dos riscos no cenário da aids: estratégias adotadas por homens que fazem sexo com homens em parceria casual. *Athenea Digital*, 13, (3).
- De Luiz, G. M. (2011). A Gestão dos Riscos no Cenário da Aids. Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, SP, Brasil.
- Deleuze, G. (1996). *O Mistério de Ariana*. Lisboa: Vega Passagens.
- Duque, T. (2009). Montagens e desmontagens: vergonha, estigma e desejo nas construções das travestilidade na adolescência. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, SP, Brasil.
- Eleutério, F. (2001). Análise do conceito de crime. *Mater Dei*, 1(1).
- Fernandes, H. & Horta, A. L. M. (2005). Percepções de Alunas de Graduação em Enfermagem sobre Parcerias Sorodiscordantes para o HIV/Aids. *Rev Latino-Americana de Enfermagem*, 13(4).
- Fernandes, H. (2009). Estudo De Caso de Um Casal Homossexual Masculino Sorodiferente para o HIV/AIDS. *Saúde Coletiva*, 6(32), pp. 169-173.
- Fernandes, N. M. (2013). Vulnerabilidade Ao HIV/AIDS entre casais sorodiscordantes acompanhados no Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas. Tese de Doutorado, Fiocruz, Rio de Janeiro, RJ.
- Fernandez, I. (2015). Gerenciamento de riscos em tempos de novas tecnologias de prevenção. *Abia 60*. Recuperado de www.abiaids.orh.br em setembro de 2015

- Fine, M. (1994). Working The Hyphens: Reinventing Self And Other In Qualitative Research. In N. Denzin & Y Lincoln (Eds.), *Handbook Of Qualitative Research*. Thousand Oaks, Ca: Sage, pp.70-82.
- Fine, M., Weis, L., Weseen, S. & Wong, L. (2006). Para Quem? Pesquisa Qualitativa, Representações e Responsabilidades Sociais. In Denzin, N. K.; Lincoln, Y. S. (Eds.), *O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens*. Porto Alegre: Artmed.
- Fine, M., Weis, L., Weseen, S., & Wong, L. (2006). Para quem: pesquisa qualitativa, representações e responsabilidades sociais. In Denzin, N. K.; Lincoln, Y. S. *Planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens*. Porto Alegre: Artmed, p. 115-139.
- Finkler, L.; Oliveira, M. Z. & Gomes, W. B. (2004). HIV/AIDS e práticas preventivas em uniões heterossexuais estáveis. *Aletheia*, 20.
- Finkler, Lirene (2003). *HIV/Aids e relacionamentos conjugais*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.
- Fiorin, J. L. (2007). Paixões, afetos, emoções e sentimentos. *Cadernos de Semiótica Aplicada*, 5(2).
- Fontanella, B. J. B.; Ricas, J. & Turato, E. R. (2008). Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cadernos de Saúde Pública*, 24 (1), 17-27.
- Foucault, M. (1981). Da amizade como modo de vida: Entrevista de Michel Foucault a R. de Ceccaty, J. Danet e J. Le Bitoux (Tradução de Wanderson Flor do Nascimento). *Gai Pied*, 25, pp. 38-39.
- _____, M. (1995). *Un Dialogo Sobre el Poder*. Alianza Materiales.
- _____, M. (2005). *Em Defesa Da Sociedade*. São Paulo: Martins Fontes.
- _____, M. (2011). *Problematização Do Sujeito: Psicologia, Psiquiatria, Psicanálise*. In Ditos & Escritos. São Paulo: Forense Universitária.
- _____, M. (2014a). *A Arqueologia do Saber*. São Paulo: Forense Universitária.
- _____, M. (2014b). *História da Sexualidade I. A Vontade De Saber*. Rio de Janeiro: Graal.
- _____, M. (2014c). *História Da Sexualidade II. O Uso Dos Prazeres*. Rio de Janeiro: Graal.
- _____, M. (2014d). *História Da Sexualidade III. O Cuidado De Si*. Rio de Janeiro: Graal.

- _____, M. (2014e). *A Ordem Do Discurso*. São Paulo: Loyola.
- _____, M. (2014f). *Microfísica Do Poder*. Rio de Janeiro: Graal.
- Franch, M. & Perrusi, A. (2012). Carne Com Carne – Gestão de risco e HIV/AIDS em casais sorodiscordantes no Estado da Paraíba. *Política & Trabalho*, 4.
- Franch, M.; Longui, M. & Neves, E. (2015). *Novos cenários, velhas questões: aids e cidadania no Brasil*. In Franch, Monica; Andrade, Maristela & Amorim, Lara (org.). *Antropologia em novos campos de atuação: debates e tensões*. ABA publicações.
- Franch, M.; Perrusi, A.; Araújo, M.F. & Silva, L.M.F (Orgs) (2011). *Novas Abordagens Para Casais Sorodiferentes*. João Pessoa: Grupessc/Manufatura.
- Franch, Mônica & Perrusi, A. (2009). Casais Sorodiscordantes no Estado da Paraíba: Reflexões A Respeito Da Negociação De Risco. *Anais do XIV Congresso Brasileiro De Sociologia*.
- Freitas, L. M. S. (2003). Do “aidético” ao “casal sorodiscordante”. *Percurso histórico do HIV na construção de subjetividades em tempos de biopoder*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Fortaleza, Fortaleza, CE, Brasil.
- Gaulejac, V.; Marquez, S. R & Ruiz, E. T. (2005). *História de Vida*. *Psicoanálisis y Sociología Clínica*. México.
- Godói, A. M. M. (2013). *Criminalização da transmissão sexual do HIV: uma abordagem bioética*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil.
- Goffman, E. (2004). *Estigma: Notas Sobre A Manipulação Da Identidade Deteriorada*. Rio De Janeiro: Guanabara.
- Gonçalves, R. C. & Lisboa, T. K. (2007). Sobre o método da história oral em sua modalidade trajetórias de vida. *Revista Katal*, 10, pp. 83-92.
- Heiborn, M. L. & Brandão, E. R. (1999). Introdução: Ciências Sociais e Sexualidade. In Heilborn, M. L. (org.). *Sexualidade: o olhar das ciências sociais*. Rio de Janeiro: Editora Zahar, pp. 7-17.
- Hook, D. (2001). Discourse, knowledge, materiality, history: Foucault and discourse analysis. *Theory & Psychology*, Sage, 11(4): 521-547.
- Ivo, A. M. S. & Freitas, M. I. F. (2014). Representações de Corpo de Pessoas com HIV/AIDS: Entre a Visibilidade e o Segredo. *Revista Mineira de Enfermagem*, 18(4), pp. 881-887.
- Ivo, A. M. S. (2012). *Representações de pessoas com hiv/aids sobre o corpo: a construção da corporeidade*. Dissertação de mestrado, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.
- Jung, C. G. (1986). *Memórias sonhos reflexões*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

- Koury, M. G. P. (2016). Cultura emotiva e moralidade na análise antropológica sobre a sujeira. *Revista de Estudos e Investigações Antropológicas*, 3(1), pp. 172-194.
- Lago, Edith Lucia Mendes (2011). Sorodiscordancia e equipe profissional: estudo qualitativo da assistência em ambulatório especializado em HIV/AIDS no Município de Niterói. Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Niterói, RJ, Brasil.
- Leite, K. L. C. (2013). Percepções e sentidos da aids, do corpo, da sexualidade e do amor entre mulheres vivendo com HIV: um estudo a partir da análise de trajetórias de vida. Tese de Doutorado, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.
- Loiola, L. A. (2011). Relação corpo, saúde e HIV no âmbito da sorodiscordância. *CAOS–Revista Eletrônica De Ciências Sociais*, 18, pp. 15-20.
- Longhi *et. al.* (2015). Novos Cenários, Velhas Questões: Aids e Cidadania no Brasil. In M. Franch, M. Andrade & Amorim, L. (orgs). *Antropologia em Novos Campos de Atuação: Debates e Tensões*. João Pessoa: Mídia Gráfica e Editora.
- Lopes, M. S. (2011). Breves apontamentos sobre a aids de cada um. *Primeiros Estudos*, 1, pp.27-43.
- Louro, G. L. (2000). Pedagogias da sexualidade. In: Louro, G. L. *O corpo educado: pedagogias da sexualidade*. Belo Horizonte: Autentica, p. 151-169.
- Machado, M. D. C. (1994). Corpo e moralidade sexual em grupos religiosos. *Estudos Feministas*, 1(95).
- Maksud, I. (2007). Casais sorodiscordantes: conjugalidade, práticas sexuais e HIV/AIDS. Tese de doutorado, Universidade do Estado do Rio De Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
- _____, I. (2009). O discurso da prevenção da aids frente às lógicas sexuais de casais sorodiscordantes: sobre normas e práticas. *Physis*, 9(2), pp.349-369.
- _____, I. (2011). HIV/AIDS, a pesquisa e a intervenção: um debate sobre a sorodiscordância. In Franch *et. al* (org). *Novas Abordagens Para Casais Sorodiferentes*. João Pessoa: Grupessc/Manufatura.
- _____, I. (2012). Silêncios e segredos: aspectos (não falados) da conjugalidade face à sorodiscordância para o HIV/AIDS. *Cad. Saúde Pública*, 28 (6) pp.1196-1204.
- _____, I. (2014). Estigma e Discriminação: Desafios da Pesquisa e das Políticas Públicas na Área da Saúde. *Physis*, 24, pp. 311-321.
- Mariani, B. (2004). Silêncio e metáfora, algo para se pensar. II Seminário de estudos de Análise do Discurso, Universidade federal Fluminense.

- Masseno, A. (2013). As performances do perigoso e a dança contemporânea brasileira: breves apontamentos. *Performatus*, 4(4).
- Matos, A. B. (2015). Mulheres deficientes e a abjeção dos corpos. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil.
- Mesquita, F. (2013). Editorial. *Manual Técnico para Diagnóstico da Infecção pelo HIV*. Brasil: Ministério da Saúde.
- Meyer, D. E.; Santos, L. H. S.; Oliveira, D. L. & Wilhelms, D. M. (2004). Mulher sem-vergonha' e 'traidor responsável': problematizando representações de gênero em anúncios televisivos oficiais de prevenção ao HIV/AIDS. *Estudos Feministas*, 12 (2), pp. 51-76.
- Minayo, M C S. (1999). O Desafio Do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa Em Saúde. *Rev. saúde coletiva*, 12 (4).
- Ministério da Saúde (2016). Boletim Epidemiológico. Recuperado de www.aids.gov.br em setembro de 2015.
- Ministério da Saúde (s/d). Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Recuperado de www.aids.gov.br em setembro de 2015.
- Miskolci, R. (2005). Do desvio às diferenças. *Teoria & Pesquisa*, 47, pp. 9-41.
- Montaner, J.; Granich, R. & Williams, B. (2012). Fifteen million people on antiretroviral treatment by 2015. In Lippincott Williams & Wilkins. *Wolters Kluwer Health*. Recuperado de www.co-hivandaids.com.
- Moraes, T. D. & Nascimento, M. L. (2002). Da norma ao risco: transformação de subjetividades contemporâneas. *Psicologia em Estudo*, 7(1), pp 91-102.
- Nascimento, M. & Veloso, C. (1990). *A Terceira Margem Do Rio*. Música.
- Nascimento, V. L. V. (2007). Práticas Sociais em Situação de Discriminação no Cenário da Aids: Sobre Direitos, Demandas e Encaminhamentos. Tese de Doutorado, Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, SP, Brasil.
- Neves, M. H. S. (2003). *Guia De Uso Do Português- Confrontando Regras e Usos*. São Paulo: Editora UNESP.
- Nogueira, C. & Neves, S. (2005). Metodologias feministas: a reflexividade ao serviço da investigação nas ciências sociais. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 18, pp. 408-412.
- Oliveira, R. C. M. (2014). (Entre) linhas de uma pesquisa: o diário de campo como dispositivo de (in) formação na/da abordagem (auto) biográfica. *Revista Brasileira de Educação de Jovens e Adultos*, 2(4).
- Paiva, V. (1992). *Em Tempos de Aids*. São Paulo: Summus.

- Paiva, V.; Bugamelli, L. B. L.; Ayres, E. V. & Santos, N. (1998). A vulnerabilidade das mulheres ao HIV é maior por causa dos condicionantes de gênero? *Cuadernos Mujer Salud Rev de Salud de Las Mujeres Latino Americanas Y Del Caribe*, Pag 34-38.
- Paiva, V.; Mesquita, J. R. C *et al* (2011). A Sexualidade De Adolescentes Vivendo Com HIV: Direitos e desafios para o cuidado. *Ciência e Saúde Coletiva (Impresso)*, 16, pp 4199-4210.
- Palma, Y.; Arrial, L. & Centenaro, D. (2008). *Vivências pessoais e familiares de homossexuais femininas. Psicologia em Estudo*, 13(4), p. 771-779.
- Parker, R. (2007). Pânicos morais e controle social – reflexões sobre o casamento gay. *Cadernos Pagu*, 28.
- _____, R. (2008). Desejo e Solidão. *CLAM – Centro Latino Americano em Sexualidade e Direitos Humanos*, 4(1).
- _____, R. (2009). O Armário Ampliado – Notas sobre sociabilidade homoerótica na era da internet. *Gênero*, 9(2), p. 171-190.
- _____, R. (2012) A gramática do armário: notas sobre segredos e mentiras em relações homoeróticas masculinas mediadas digitalmente. *Quereres*, 1(1).
- Parker, R. & Aggleton, P. (2001). Estigma, Discriminação e Aids. In *Coleção Abia: Cidadania e Direitos*, n.1. p 45.
- Parker, R. & Aggleton, P. (2003). HIV, estigma e discriminação: uma estrutura conceitual e as implicações para a ação. *Social Science & Medicine*, 57, pp 13-24.
- Parker, R. & Kennety, R. C. (2000). Pobreza e HIV/AIDS: Aspectos Antropológicos e Sociológicos. *Cad. Saúde Pública*, 16 (1), pp. 89-102.
- Parker, R, *et al* (2014). *Para Onde Vamos?* In: *Coleção Abia Cidadania*.
- Paulilo, M. A. S. (1999). A pesquisa qualitativa e a história de vida. *Serviço Social em Revista*, 2(2).
- Pelúcio, L. & Miskolci, R. (2009). A Prevenção do Desvio: o dispositivo da aids e a repatologização das sexualidades dissidentes. *Sexualidad, Salud Y Sociedad*, 1, pp.125-157.
- Pelúcio, L. (2009). *Corpos que Escapam. Abjeção e Desejo: Uma Etnografia Travesti Sobre o Modelo Preventivo de Aids*. São Paulo: Annablume-Fapesp.
- Pelúcio, L. (2010). Ativismo Soropositivo: A Politização da Aids. *Ilha Revista de Antropologia*, 9(1).
- Pelúcio, L. (2011). Marcadores sociais da diferença nas experiências travestis de enfrentamento à aids. *Saúde Soc.*, 20(1), pp.76-85.
- Pereira, P. P. (2001). Sucatas do mundo: noções de contaminação e de abjeção em uma instituição de portadores de aids. *Sociedade e Cultura*, 4(2), pp. 127-147.

- Perucchi, J. & Jardim, L. N. (2012). Encrenchas de Gênero nas Campanhas Brasileiras de Prevenção ao HIV/Aids para a Idade Adulta Avançada. *Ex Aequo*, 26.
- Petry, A. L. R. & Meyer, D. E. Es. (2011). Transexualidade e heteronormatividade: algumas questões para a pesquisa. *Textos & Contextos*, 10(1), pp. 193 – 198.
- Pinheiro, T. F.; Calazans, G. J. & Ayres, J. R. C. M. (2013). Uso De Camisinha No Brasil: Um Olhar Sobre a Produção Acadêmica Acerca da Prevenção de HIV/AIDS (2007-2011). *Temas em Psicologia*, pp. 815-836.
- Pinto, A. C. et. al.(2007). Compreensão da Pandemia da AIDS nos Últimos 25 Anos. *DST – Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*, 19(1), pp. 45-50.
- Polejack, L. & Costa, L. F. (2002). Projeto Com-Vivência. Hospital Universitário de Brasília. *Revista Impulso*, 32. Recuperado de <http://www.ebserh.gov.br/web/hub-unb/programas-especiais>
- Polejack, L. (2011). Pesquisa e avaliação da dinâmica relacional de casais sorodiferente. In. Franch et. al (orgs). *Novas abordagens para casais sorodiferentes*. João Pessoa: Grupessc/Manufatura.
- Prins, B & Meijer, I. C. (2002). Como os corpos se tornam matéria: entrevista com Judith Butler. *Estudos Feministas*, 10, 1, 155-167.
- Reis, R. K. & E. G. (2005). Dificuldades enfrentadas pelos parceiros sorodiscordantes para HIV na Manutenção do sexo seguro. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(1).
- Reis, R. K. & Gir, E. (2009). Vulnerabilidade ao HIV/AIDS e a Prevenção da Transmissão Sexual entre Casais Sorodiscordantes. *Revista Escola de Enfermagem*, 43(3).
- Reis, R. K. & Gir, E. (2010). Convivendo com a Diferença: O Impacto da Sorodiscordância na Vida Afetivo-Sexual de Portadores do HIV/AIDS. *Revista Escola de Enfermagem*, 44(3), pp. 759-765.
- Reis, R. K. (2008). Qualidade de Vida de Portadores do HIV/AIDS: Influência de Fatores Demográficos, Clínicos e Psicossociais. Dissertação de mestrado, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.
- Remien, R. H.; Carballo-Diequez A. & Wagner, G. (1995). Intimacy Male Couples. *Aids Care*, 1(1), pp 429-438.
- Rezende, D. S. B. (2012). Mulheres e aids: silêncio e silenciamento. Dissertação de mestrado, Fiocruz, Rio de Janeiro, RJ, Brazil.
- Rodger, A. et al. (2014). HIV Transmission Risk Through Condomless Sex If HIV+ Partner On Suppressive art: partner Study. The annual Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI). Recuperado de <http://www.croiconference.org/sessions/hiv-transmission->

[risk-through-condomless-sex-if-hiv-partner-suppressive-art-partner-study](#) em setembro de 2015

- Rodrigues, F. & Perucchi, J. (2015). Campanhas brasileiras de prevenção ao HIV/AIDS: Uma análise do discurso governamental. In Ronzani, T. M.; Sartes, L. M. & Perucchi, J. (orgs.). *Psicologia e saúde pública: contribuições e desafios*. Juiz de Fora: Editora UFJF.
- Rodrigues, F. (2012). Os enunciados das campanhas de prevenção à aids no Brasil e seus dispositivos de produção de verdades no âmbito da Saúde. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG, Brasil.
- Rodrigues, M. G. A.; Leite, M. R. S. & Freitas, M. S. (2012). Estudo etnográfico do discurso adolescente: em busca do príncipe encantado contemporâneo sob o olhar de Stephenie Meyer. II Colóquio da Pós-Graduação em Letras.
- Roman, A. R. (1992) O conceito de polifonia em Bakhtin - o trajeto polifônico de uma metáfora. *Letras, filosofia e literatura*, 41-42, p 195-205.
- Sagese, G. S. R. (2015). Entre perdas e ganhos: homossexualidade masculina, geração e transformação social na cidade de São Paulo. Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.
- Said, A. P. & Seidl, E. M. F. (2015). Sorodiscordância e prevenção do HIV: percepções de pessoas em relacionamentos estáveis e não estáveis. *Interface - Saúde e Educação*, 19(54), pp. 467-478.
- Scavone, L. (2003). Das Diferenças às Desigualdades: reflexões sobre o conceito de saúde reprodutiva nas ciências sociais. In P. Goldenberg, R. M. G. Marsiglia & M. H. A. Gomes (orgs.). *O Clássico e o Novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Scisleski, A. C. C.; Reis, C.; Hadler, O; Weigert, M. A. B & Guareschi, N. M. F. G. (2012). Juventude e pobreza: a construção de sujeitos potencialmente perigosos. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 64 (3), pp. 19-34.
- Scotá, S. (2006). Parceiro sorodiscordante na infecção pelo HIV: o uso do preservativo na prática sexual preventiva. Dissertação de Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Coordenadoria de Controle de Doenças da Secretaria de Saúde de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.
- Sibilia, P. (2004). O pavor da carne: riscos da pureza e do sacrifício no corpo-imagem contemporâneo. *Revista FAMECOS*, 25.
- Silva, A. M. & Camargo Jr., R. K. (2011). A invisibilidade da sorodiscordância na atenção às pessoas com HIV/AIDS. *Ciência e Saúde Coletiva*, 16(12), pp.4865-4874.

- Silva, A. P. B. & Nogueira, M. L. M. (1982). “Conte-me sua história”: reflexões sobre o método de história de vida. *Mosaico: Estudos em Psicologia*, 1, pp. 25-35.
- Silva, L. M. F. & Perrusi, A. (2011) Aids e conjugalidade: a Negociação do Risco entre Casais Sorodiscordantes de HIV. XIII Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e IX Encontro Latino Americano de Pós-Graduação – Universidade do Vale do Paraíba
- Silva, L. M. F. (2012). Fazendo a Diferença: As Dinâmicas da Conjugalidade Sorodiscordante para HIV/AIDS. Dissertação de Mestrado, Universidade da Paraíba, João Pessoa, PB, Brasil.
- Silva, L. M. F. (2013). Uma questão de convivência: os desdobramentos da pesquisa no universo do HIV/AIDS. IV Reunião Equatorial de Antropologia.
- Silva, N. E. K. & Ayres, J. R. C. M. (2009). Estratégias para comunicação de diagnóstico de HIV a parceiros sexuais e práticas de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(8), pp. 1797-1806.
- Souto, B. G. A.; Kiyota, L. S.; Bataline, M. P.; Borges, M. F.; Korkischko N.; Carvalho, S. B. B. & Filho, M. M. S. (2009). O sexo e a sexualidade em portadores do vírus da imunodeficiência humana. *Revista Brasileira de Clínica Médica*, 7, pp.188-191.
- Souza, F. M. & Garcia, S. (2010). Vulnerabilidades ao HIV/aids no Contexto Brasileiro: iniquidades de gênero, raça e geração. *Saúde Soc.*, 19(2), pp.9-20.
- Spindola, T. & Santos, R. S. (2003). Trabalhando com história de vida: percalços de uma pesquisa (dora?). *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 37(2), pp 119-126.
- Spink, M. J. (2001). Trópicos do discurso sobre risco: risco-aventura como metáfora na modernidade tardia. *Caderno de saúde pública*, 17(6), pp.1277-1311.
- Spivak, G. C.. (2010) *Pode o subalterno falar?* (Almeida, S. R. G.; Feitosa M. & Feitosa, A. Trad.) Belo Horizonte: Editora UFMG. (Obra original publicada em 1985).
- Takeuti, N. (2015) Amor, nem tão demasiadamente humano nem demasiadamente desumano. *Princípios revista de filosofia*, 22(38).
- Terto Jr. & Veriano S. (2002). Homossexualidade e saúde: desafios para a terceira década de epidemia de HIV/AIDS. *Horizontes Antropológicos*, 8(17), pp. 147-158.
- U.S.Department Of Health & Human Services (s/d). Aids Gov Mission And Team: An Official U.S. Government Website. Recuperado de www.aids.gov
- UNAIDS (s/d). Website institucional do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS) no Brasil. Recuperado de www.unaids.org.br em setembro de 2015.
- Usa Government (2015). Center Of Disease Control And Prevension. Recuperado de www.cdc.gov em outubro de 2015.

- Valadão, R. C. & Gomes, R. (2011). A homossexualidade feminina no campo da saúde: da invisibilidade à violência. *Physis*, 21(4).
- Vaz, P. (1999). *Corpo e Risco*. Rio de Janeiro: Ed.Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- Vaz, P. (2006). Consumo e Risco: Mídia e Experiência do Corpo na Atualidade. *Comunicação, Mídia e Consumo*, 3(6).
- Vedovello, D. P. *et al.* (2009). Ética Profissional: Conduta De Profissionais de Saúde Diante de Casais Sorodiferentes. 61º Congresso Brasileiro De Enfermagem. Fortaleza – Ceará.
- Villaça, N. (2006). Sujeito/abjeto. *Logos 25: corpo e contemporaneidade*, 13.
- Zucchi, E. M.; Barros, C. R. S.; Paiva, V. S. F. & Junior, I. F. (2010). Estigma e discriminação vividos na escola por crianças e jovens órfãos por AIDS. *Educação e Pesquisa*, 36(3), pp. 719-734.

APÊNDICES



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA



PRÓ-REITORIA DE PESQUISA

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS - CEP/UFJF

36036-900 JUIZ DE FORA - MG – BRASIL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa “*Dois corpos e um segredo: a (in) visibilidade do diagnóstico positivo para HIV nas relações amorosas e sexuais sorodiscordantes*”. Nesta pesquisa pretendemos compreender as experiências de vida das pessoas soropositivas, frente a relacionamentos amorosos e sexuais entre pessoas com sorologias diferentes para HIV. O motivo que nos leva a estudar é a dificuldade de revelação do diagnóstico positivo para HIV na constituição de parcerias amorosas, comprometendo a relação da pessoa soropositiva consigo mesma, sua saúde e seu tratamento.

Para a presente pesquisa adotaremos entrevistas, existindo risco mínimo envolvido. Trata-se do risco de qualquer outra atividade cotidiana, como conversar, podendo provocar, nesse momento, alguma lembrança ou fato desagradável. Caso isso aconteça, o ambulatório do Programa Municipal de DST/AIDS, local da pesquisa, conta com serviço de psicologia, que poderá acompanhá-lo na elaboração destas questões. Por ser estudo que não realiza intervenção ou modificação intencional fisiológica, psicológica ou social em seus participantes, a pesquisa não oferece riscos maiores que esse.

O estudo pretende contribuir, para que se discuta mais sobre o amor e sexo entre pessoas com sorologias diferentes para HIV, para que a partir daí, possam ser (re) pensadas políticas públicas que contemplem essa questão.

Para participar deste estudo, você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, você tem assegurado o direito a indenização. Você terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que você é atendido (a) pelo pesquisador, que tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão.

Você não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, no Programa Municipal de DST/AIDS de Juiz de Fora e a outra será fornecida a você. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa “*Dois corpos e um segredo: a (in) visibilidade do diagnóstico positivo para HIV nas relações amorosas e sexuais sorodiscordantes*”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 2015 .

Nome	Assinatura participante	Data
------	-------------------------	------

Nome	Assinatura pesquisador	Data
------	------------------------	------

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humano-UFJF

Campus Universitário da UFJF

Pró-Reitoria de Pesquisa

CEP: 36036-900

Fone: (32) 2102- 3788 / E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br

Nome do Pesquisador Responsável:

Gláucia Helena Ferreira David

Endereço: Núcleo de Pesquisas e Práticas em Psicologia Social, Políticas Públicas e Saúde – PPS - Sala B III 19, Instituto de Ciências Humanas - Bairro Martelos - CEP: 336036330 Juiz de Fora – MG - Fone: (32) 9112-4208 - e-mail: glaudavid@hotmail.com



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

Universidade Federal de Juiz de Fora

Instituto de Ciências Humanas

Programa de Pós-Graduação em Psicologia - Mestrado

Entrevista estruturada

Identificando as estratégias utilizadas pelas pessoas soropositivas frente relacionamentos amorosos/sexuais sorodiscordantes:

A presente entrevista tem como objetivo conhecer melhor as maneiras como as pessoas soropositivas têm lidado com suas vidas amorosas e sexuais. Não queremos avaliar, julgar ou condenar qualquer prática. Apenas conhecê-las. Sua resposta mais próxima da realidade, irá nos auxiliar a pensar políticas de saúde que contemplem essas questões.

Os dados que serão aqui registrados são confidenciais e as informações descritas nesse instrumento de pesquisa, serão tratadas com o máximo sigilo.

I – Identificação:

Idade _____

Gênero _____ Raça _____

Trabalho _____ Escolaridade _____ Bairro _____ onde reside _____

II - Diagnóstico para HIV:

Há quanto tempo convive com HIV?

Quem revelou para você o resultado de seu diagnóstico?

Já teve alguma infecção oportunista?

Conhece valores de CD4 e Carga Viral?

III – Vida amorosa:

Encontra-se em relacionamento amoroso/sexual estável?

Encontrando-se em relacionamento amoroso/sexual estável, responda:

1 – O (a) parceiro (a) também apresenta diagnóstico positivo para HIV?

2 - Se o (a) parceiro (a) é soronegativo (a), responda: Ele conhece seu diagnóstico?

☐ Sim

☐ Não

3- Se o (a) parceiro(a) é soronegativo(a) e sabe do seu diagnóstico, responda:

Como foi a revelação do seu diagnóstico para o(a) parceiro(a)?

- ☐ Foi fácil, ele(a) aceitou tranquilamente.
- ☐ Foi difícil, a princípio, mas acabou aceitando.
- ☐ Não aceita até hoje.

4 - Se o(a) parceiro(a)@ é soronegativo(a), responda: Vocês têm vida sexual ativa?

- ☐ Sim
- ☐ Não

Encontrando-se sem relacionamento amoroso/sexual estável, responda:

- 1- A condição de não estar em um relacionamento estável se deu somente após a descoberta do diagnóstico para HIV?
 - ☐ Sim
 - ☐ Não
- 2- Tentou, depois do diagnóstico, namorar ou encontrar alguém para manter um relacionamento estável?
 - ☐ Sim
 - ☐ Não
- 3- A condição de não estar em um relacionamento estável é por escolha?
 - ☐ Sim
 - ☐ Não
- 4- A condição de não estar em um relacionamento estável é por dificuldade de encontrar alguém?
 - ☐ Sim
 - ☐ Não
- 5- Ao se relacionar com alguém, você já sofreu rejeição ou sentiu-se discriminado ao revelar seu diagnóstico?
 - ☐ Sim
 - ☐ Não
- 6- Mantém relações sexuais eventuais?
 - ☐ Sim
 - ☐ Não
- 7- Revela seu diagnóstico a parceiros eventuais?
 - ☐ Sim, sempre.
 - ☐ Sim, às vezes.
 - ☐ Raramente
 - ☐ Não, nunca.

III – Informações adicionais:

- 1 – Teria alguma outra informação que julga importante esclarecer?
- 2 – Após essa entrevista, pensamos em conversar mais com algumas pessoas a fim de aprofundar essas questões. Você aceitaria participar dessa entrevista?
- 3 – Gostaria, então, de deixar-nos seu nome e forma de contato?

Obrigada pela sua participação e pela confiança. Os dados aqui registrados são confidenciais e serão guardados com o máximo sigilo, tendo acesso a essas informações somente as pessoas envolvidas na presente pesquisa.

Data: ___/___/___ Entrevistador: _____



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

**Roteiro de entrevista para “História de Vida”****Compreendendo as trajetórias amorosas e sexuais da vida de pessoas soropositivas após a descoberta de seu diagnóstico**

O presente roteiro tem por objetivo nortear o processo de diálogo entre entrevistador e informante, a fim de esclarecer aspectos importantes a serem abordados para a produção dos dados de acordo com o tema e a questão norteadora da pesquisa. Os dados aqui produzidos serão tratados com o máximo respeito e sigilo. As informações têm objetivo único de pesquisa, não cabendo ao entrevistador, qualquer intervenção ou julgamento de caráter moral ou ético em relação ao relato.

I – Identificação:

Nome: _____

(O nome tem o propósito de identificação por parte do pesquisador. No entanto, no momento da redação, cabe a este, resguardar seu sigilo, através da criação de um pseudônimo).

Idade ____/____/____ Trabalho _____ Gênero _____

Escolaridade _____ Em parceria estável? _____

II – Trajetória amorosa e sexual após contaminação com o vírus HIV:

1. Como tem sido sua vida amorosa e sexual após ter descoberto seu diagnóstico?
2. Em sua história, alguma vez você se manteve em segredo em relação ao parceiro?
Como foi essa experiência?
3. Como tem sido o(s) momento(s) de revelação do diagnóstico?
4. Como você se sente em relação a esse aspecto em sua vida?
5. O que pensa sobre sexo e amor sorodiscordante?
6. O que você acha que as pessoas pensam a esse respeito?

