



UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO



PRÓ-REITORIA ACADÊMICA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

GILCLÉCIA OLIVEIRA LOURENÇO

HIV/AIDS E CONJUGALIDADE:

A EXPERIÊNCIA DE PESSOAS EM RELACIONAMENTOS AFETIVO-SEXUAIS

SORODISCORDANTES

RECIFE

2018

GILCLÉCIA OLIVEIRA LOURENÇO

HIV/AIDS E CONJUGALIDADE:

**A EXPERIÊNCIA DE PESSOAS EM RELACIONAMENTOS AFETIVO-SEXUAIS
SORODISCORDANTES**

Tese apresentada ao Doutorado em Psicologia Clínica do Programa de Pesquisa e Pós-Graduação da Universidade Católica de Pernambuco, como requisito para obtenção do título de doutora em Psicologia Clínica.

Linha de Pesquisa: Família, Gênero e Interação Social.

Professora orientadora: Dra. Maria Cristina Lopes de Almeida Amazonas.

RECIFE

2018

L892h

Lourenço, Gilclécia Oliveira

HIV/AIDS e conjugalidade: a experiência de pessoas em relacionamentos afetivo-sexuais sorodiscordantes / Gilclécia Oliveira Lourenço, 2018.

165 f.: il.

Orientador: Maria Cristina Lopes de Almeida Amazonas
Tese (Doutorado) - Universidade Católica de Pernambuco.
Pró-reitoria Acadêmica. Coordenação Geral de Pós-graduação.
Doutorado em Psicologia Clínica, 2018.

1. Psicologia clínica. 2. AIDS - Aspectos psicológicos.
3. Sexo seguro para prevenção da AIDS. I. Título.

CDU - 159.922.1

Nome: Gilclécia Oliveira Lourenço

Título: HIV/aids e conjugalidade: a experiência de pessoas em relacionamentos afetivo-sexuais sorodiscordantes.

Tese apresentada à Universidade Católica de Pernambuco como requisito para a obtenção do título de Doutora em Psicologia Clínica.

Aprovada em 04 de abril de 2018.

Banca examinadora



Professora Dra. Virgínia Cavalcanti Pinto (UFRPE)



Professor Dr. Luís Felipe Rios do Nascimento (UFPE)



Professora Dra. Carmem Lúcia Brito Tavares Barreto (UNICAP)



Professor Dr. Ricardo Delgado Marques de Lima (UNICAP)



Professora Dra. Maria Cristina Lopes de Almeida Amazonas (UNICAP - Orientadora)

A dona Socorro, minha mãe, sinônimo de
aconchego e segurança.

AGRADECIMENTOS

O longo e conturbado exercício de construção de um trabalho acadêmico exige que seu agente assuma, durante o caminho, inúmeras facetas. O universo acadêmico nos transforma em artistas, sensíveis a cada etapa e a cada passo que devemos dar. Os diversos papéis que temos que assumir se misturam, se fundem e se confundem, ao longo da caminhada. Neste sentido, no processo de construção desta jornada, transitei entre modos de ser aluna, autora, amiga, pesquisadora, psicóloga e aprendiz, resultando em belas e complexas histórias para contar.

Talvez essa mistura de papéis não seja um tempero exclusivo da trajetória de construção de uma tese, ou de qualquer outro trabalho acadêmico, mas faça parte da mágica e louca aventura, que é viver. O caminho percorrido no desenvolvimento deste trabalho me fez mais sensível, me permitiu contemplar com mais profundidade minhas relações de afeto, minha postura humana e minhas escolhas, o que me leva a reconhecer que esta travessia não foi uma ação solitária, mas uma construção coletiva.

Este trabalho é a soma de diversas forças, de apoio, de compreensão e de auxílio. A maneira de que disponho para mostrar e retribuir a contribuição de cada um nessa minha caminhada é, simplesmente, agradecer. Deixo claro, no entanto, que as palavras de agradecimento aqui escritas não fazem jus à importância de cada um na minha formação, não só como acadêmica, mas como ser humano.

Agradeço imensamente a Cristina Amazonas, minha orientadora, não só pelos vários ensinamentos que levarei como parte de mim, mas também pela paciência, disponibilidade, apoio incondicional e as palavras amigas, que fizeram dos nossos encontros espaços de acolhimento, afeto e crescimento.

À professora Carmem Barreto, com quem compartilho vivências, desde a graduação, e por quem tenho imensa admiração, cujo olhar sensível diante do mundo e a serenidade sempre me inspiram aprendizagem.

Ao professor Luís Felipe Rios, por ter se disponibilizado, tão gentilmente, a participar da banca avaliadora deste trabalho.

Aos professores Ricardo Marques e Virgínia Pinto, com quem tive o privilégio de conviver durante o processo de doutoramento e que me presentearam com contribuições necessárias para o aprimoramento deste estudo.

Agradeço a toda a equipe do SAE, sempre tão disponível. Sem esta parceria, certamente este estudo não teria sido concluído.

Agradeço, em especial, aos/às participantes que colaboraram com a construção deste trabalho, acolhendo a proposta e se disponibilizando a compartilhar suas experiências comigo.

A Leo, por todo o amor, paciência, aconchego e, principalmente, por não me deixar desanimar, nem duvidar de que iria conseguir concluir esta jornada.

A Gilcleide, mulher guerreira, responsável por grande parte de quem eu sou hoje.

Aos meus irmãos e irmãs, sem os quais sou apenas uma parte sem sentido de um todo.

Aos amigos do doutorado, em especial a Dani e Nanda, que tornaram esta caminhada mais leve. Obrigada por terem cruzado o meu caminho.

Às minhas amigas queridas, Nani, Cíntia, Amanda, Carlinha, Aline e Alê, pela torcida, por escutar as minhas angústias e por, diversas vezes, terem perdoado minhas ausências.

Penso em todos e todas que, de maneira direta ou indiretamente, contribuíram nessa minha trajetória. Aqueles/as que me questionaram e incitaram reflexões. A todos/as que me motivaram a pensar sobre a temática aqui trabalhada e entendem que a reflexão pode ser o ponto de partida para um processo de mudança social.

RESUMO

Lourenço, Gilclécia O. (2017). *HIV/aids e conjugalidade: a experiência de pessoas em relacionamentos afetivo-sexuais sorodiscordantes*. Tese de doutorado, Programa de Pesquisa e Pós-Graduação da Universidade Católica de Pernambuco.

Este trabalho objetivou compreender a experiência de conjugalidade de pessoas que vivem em situação de sorodiscordância para HIV/aids. Aprofundar o entendimento das possibilidades relacionais afetivas e sexuais atravessadas pelo acometimento do HIV/aids é de fundamental relevância para se pensar práticas de acolhimento que levem em consideração o contexto e as demandas das pessoas que (con)vivem com o vírus. Neste sentido, este estudo se caracteriza como uma pesquisa de natureza qualitativa em que foram entrevistadas, individualmente, dezesseis pessoas, sendo cinco participantes com sorologia negativa e outras onze pessoas soropositivas para HIV, todas em relacionamentos sorodiscordantes. Além da entrevista semidirigida, também fizemos uso de um Diário de Campo, em que foram registradas diversas vivências, observações e reflexões construídas ao longo do processo de produção dos dados. Como estratégia de análise, lançamos mão da analítica discursiva de inspiração foucaultiana. As narrativas dos sujeitos entrevistados apontam para uma experiência de conjugalidade marcada por estigmas, preconceito e conflitos sobre o entendimento da entrada do vírus na vida a dois e uma constante vigilância sobre o cotidiano. Nas díades sorodiscordantes, as práticas sexuais, atravessadas pelos discursos de risco e prevenção, são vivenciadas com medo, dúvida e insegurança. Além disso, percebemos que o acometimento pelo HIV compreende tensões e vivências na dinâmica do par, que não podem ser reduzidas aos aspectos da sexualidade, prevenção e risco. A vivência da conjugalidade sorodiscordante tem efeitos sobre o cotidiano do casal na sua mais diversa complexidade e comporta a organização de diferentes estratégias necessária à construção e/ou manutenção do relacionamento afetivo-sexual. Conclui-se que, o discurso da aids atua sobre os sujeitos, produzindo modos de se relacionar, de ser casal, de ser sorodiscordante, num processo de subjetivação agenciado por estratégias políticas, normativas e culturais. No entanto, a experiência de conjugalidade sorodiscordante se caracteriza como um fenômeno complexo e não passível de explicações causais e simplórias. O sujeito que aqui se apresenta é ativo no seu processo de subjetivação, produzindo modos de resistência e de subversão que tencionam o poder disciplinador do discurso da aids.

Palavras-chave: sorodiscordância; conjugalidade; HIV; aids.

ABSTRACT

Lourenço, Gilclécia O. (2017). *HIV/AIDS and conjugality: the experience of people in serodiscordant sexual-affective relationships*. PhD thesis, Research and Postgraduate Program of the Universidade Católica de Pernambuco.

This study planned to understand the conjugality experience of people with mixed HIV status for HIV/AIDS. It is very important to expand knowledge of sexual-affective relational possibilities affected by the contamination with HIV/AIDS to reflect about intake practices that consider the context and demands of people living with this virus. In this sense, this study is categorized as a qualitative research in which 16 individuals were separately interviewed, 05 of them were HIV-negative and the remaining 11 were HIV-positive, all in serodiscordant relationships. In addition to the semi-structured interview, we also used a Field Journal where several experiences, observations and reflections built along the process of data production were recorded. As an analytical strategy, we used the discursive analysis inspired on Foucault. Reports of the interviewees point to a conjugality experience marked by stigmas, prejudices and conflicts on the understanding of the virus in the lives of the couples and an ongoing surveillance in their daily lives. In serodiscordant couples, sexual relations affected by discourses of risk and prevention, are experienced with fear, doubt and insecurity. Moreover, we noticed that HIV infection comprises tensions and experiences in the dynamics of the couples that cannot be reduced to aspects of sexuality, prevention and risk. The experience of serodiscordant conjugality has complex effects on the couples' daily lives and involves the development of different strategies required for the construction and/or maintenance of the sexual-affective relationship. It is concluded that the AIDS discourse acts on the individual, producing means to relate, be a couple and be serodiscordant, in a subjectivation process determined by political, regulatory and cultural strategies. However, the experience of serodiscordant conjugality is defined as a complex phenomenon that cannot be explained by causal and simplistic explanations. The individual presented here is active in its subjectivation process, creating means of resistance and subversion that emphasize the disciplinary power of the AIDS discourse.

Keywords: serodiscordance; conjugality; HIV; AIDS.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Resultados encontrados por base de dados	33
Tabela 2	Trabalhos identificados após exclusão dos links não válidos, trabalhos de acesso restrito e repetições por banco de dados	33
Tabela 3	Trabalhos identificados após a exclusão das repetições	34
Tabela 4	Trabalhos identificados que atendem aos critérios de inclusão	35
Tabela 5	Dados sociodemográficos dos participantes com sorologia positiva para HIV	67
Tabela 6	Dados sociodemográficos dos participantes com sorologia negativa para HIV	68

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Produções científicas por ano de publicação	36
Gráfico 2	Produções científicas com relação à área de conhecimento	37

LISTA DE SIGLAS

Abia	Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids
aids	Acquired Immunodeficiency Syndrome (Síndrome da Imunodeficiência adquirida)
ARV	Antirretrovirais
BDTD	Biblioteca Digital de Teses e Dissertações
BPC	Benefício de Prestação Continuada
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CDC	Center for Disease Control and Prevention
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
DDAHV	Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais
DSTs	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ENONG	Encontro Nacional de ONG/Aids
HIV	Human Immunodeficiency Virus (Vírus da Imunodeficiência Humana)
HSH	Homens que fazem Sexo com Homens
IBICT	Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia
MBL	Movimento Brasil Livre
PEP	Profilaxia Pós-Exposição ao HIV
PNDA	Programa Nacional de DST/Aids e Hepatites Virais

PrEP	Profilaxia Pré-Exposição ao HIV
SAE	Serviço de Atendimento Especializado em HIV/Aids
Scielo	Scientific Electronic Library Online
SUS	Sistema Único de Saúde
TARV	Terapia antirretroviral
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TcP	Tratamento como Prevenção
Unaid	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids

SUMÁRIO

Apresentação	15
Introdução	20
1 O cenário dos estudos acerca das relações conjugais sorodiscordantes para HIV	30
1.1 Procedimentos	30
1.2 Caracterização dos estudos incluídos	35
1.3 A conjugalidade sorodiscordante para HIV e as equipes de saúde	37
1.4 Conjugalidade, sexualidade e uso do preservativo	43
1.5 A sorodiscordante para HIV para além da sexualidade	49
1.6 Algumas considerações	51
2 Pensando um método de construção de saber	54
2.1 Contexto da pesquisa	58
2.2 Instrumentos de construção de dados	60
2.3 O caminho percorrido	62
2.4 Os protagonistas	65
2.4.1 Dados sociodemográficos dos participantes	66
2.4.2 Os protagonistas e suas histórias	68
2.5 Procedimento de análise dos dados	82
3 Descoberta e revelação da soropositividade: a entrada do vírus na vida a dois	85
3.1 A soropositividade e o entendimento do vírus	88
3.2 Descoberta, revelação e a construção da conjugalidade	95
4 O discurso da aids e o sexo sob vigilância	106
4.1 A problemática do risco e o sexo como ameaça	108
4.2 Educação sexual e os discursos de prevenção	117

5	A experiência de conjugalidade sorodiscordante: silêncios, cuidado e aceitação	125
5.1	A conjugalidade enquanto lugar de cuidado e aceitação	125
5.2	Silêncios e segredos: estratégias na construção da vida a dois	132
	Considerações Finais	139
	Referências	151
	Apêndices	158
	Anexos	162

Apresentação

Durante o processo de construção desse estudo, por diversas vezes me peguei, questionando os motivos que me trouxeram até aqui. O que realmente me motivou a mergulhar no fenômeno do HIV/aids¹ e suas implicações? Aqui, faço uso da primeira pessoa, pois tenho como objetivo compartilhar reflexões pessoais, que foram sendo construídas e significadas ao longo deste percurso. Ao adentrar no campo de pesquisa que envolve a temática do HIV/aids, percebi que grande parte dos pesquisadores, que tomam esta mesma problemática como foco principal ou como pano de fundo na construção de seus estudos, tem como ponto de partida questionamentos suscitados pela prática profissional ou por lidarem diretamente com pessoas que vivem com HIV/aids.

De fato, ao longo de quase quatro décadas desde o surgimento dos primeiros casos de aids e o reconhecimento do seu agente etiológico, dificilmente alguém não tenha sido afetado por ela, seja direta ou indiretamente. No entanto, na minha prática profissional, enquanto psicóloga, nunca trabalhei diretamente com o público HIV-positivo. No momento em que o interesse pelo fenômeno da aids foi despertado em mim e a fim de identificar o lugar do qual, enquanto pesquisadora, iria construir o meu projeto de estudo, comecei a pensar sobre as vezes que fui afetada por esta temática. Lembrei-me, então, de duas ocasiões específicas que me marcaram, provocaram incômodos e que, de alguma maneira, me mobilizaram a desenvolver este estudo. Narrarei aqui estes dois momentos, com o objetivo de localizar o lugar de onde parti na construção das reflexões, ao longo deste trabalho.

A primeira história se deu no início dos anos 2000, em uma escola pública no interior do Estado, no momento em que eu, adolescente, iniciava o ensino médio. Lembro que todos

¹ O Human Immunodeficiency Virus (HIV ou, em português, Vírus da Imunodeficiência Humana) se refere ao agente etiológico da imunodeficiência humana, enquanto que o termo aids (Acquired Immunodeficiency Syndrome ou, em português, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) é utilizado para designar a manifestação clínica avançada da doença causada pelo vírus (Ministério da Saúde, 2015).

os alunos foram reunidos no saguão do colégio para uma palestra sobre Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs). A temática, por si só, já provocava euforia entre os alunos, motivando cochichos e risadas. Afinal, éramos adolescentes reunidos para, teoricamente, falar de sexo.

A profissional (não lembro qual era a sua formação) iniciou sua fala. Mas, ela não estava ali pra falar sobre sexo ou sexualidade, estava para falar sobre doenças, fato que era evidenciado a cada imagem exibida, mostrando órgãos sexuais deformados, feridos, inflamados. Passamos por todo o arsenal de DSTs, cujos sintomas eram vastamente exemplificados por uma variedade enorme de imagens, até chegar à aids.

A doença mais “conhecida” entre nós adolescentes era ilustrada unicamente por um laço vermelho e a imagem de um vírus (que mais se assemelhava a um desenho). Não contendo minha curiosidade diante da ausência de imagens, levantei a mão para perguntar, sob gritos e assovios dos colegas, quais eram os sintomas relacionados àquela “infame doença.” Imediatamente, as professoras que ali estavam me lançaram um olhar que me tomou por completo, mas eu não tinha muita clareza sobre o que estava acontecendo. A palestrante respondeu à minha pergunta e logo encerrou a sua fala.

O momento de “falar sobre sexo” havia acabado para os demais alunos, mas para mim ainda não. No dia seguinte, fui convidada à coordenação para uma conversa. Na sala da coordenação, a diretora e sua secretária me questionaram diversas vezes, num tom complacente, mas incisivo, sobre os motivos pelos quais eu tinha “tanta curiosidade” acerca das DSTs. Perguntaram-me se havia “acontecido” algo na minha vida que me levou a querer saber mais sobre isso. Afirmavam que estavam ali para ajudar e que eu poderia confiar nelas. Por mais que eu justificasse minha pergunta do dia anterior, pela ausência de imagens relacionadas à aids, parecia que não conseguia convencê-las.

Por fim, constrangida, entendi que alguns assuntos não podiam ser conversados, muito menos por uma menina no auge da sua adolescência. Quase como um tratamento de

choque, entendi que o objetivo não era conhecer as DSTs para, tendo ciência delas, nos precavermos. Mas, relacionarmos a sexualidade a algo perigoso e nocivo. A sexualidade deveria ser evitada a tal ponto que até a curiosidade sobre ela deveria ser calada.

Obviamente, esta experiência narrada não diz respeito, necessariamente, à aids. A minha curiosidade, naquele momento, me remeteu a uma sexualidade que deveria ser investigada e minuciosamente observada. No entanto, acredito que esta vivência foi o ponto de partida para que eu começasse a questionar, de maneira imatura, o lugar atribuído à sexualidade nas relações sociais, suas implicações e as estratégias de controle organizadas sobre ela.

Anos depois, já psicóloga, iniciei minha vida profissional, trabalhando em um Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) em uma pequena cidade localizada na Zona da Mata pernambucana. Como a cidade era pequena, modestos acontecimentos do cotidiano repercutiam na dinâmica social da população.

Em um determinado dia, ao chegar à cidade, fui informada de que não haveria expediente, pois um funcionário da Prefeitura havia falecido, despertando certo incômodo na população, mas não, apenas, por pesar. O incômodo que mobilizava as pessoas e que as fazia murmurar entre si, quase em tom de clandestinidade, dizia respeito aos motivos que ocasionaram o falecimento do rapaz. O funcionário público era declaradamente soropositivo e, segundo a população local, faleceu devido a complicações relacionadas à aids. Eu, que não o conheci pessoalmente, de repente, por ocasião de sua morte, fui atualizada sobre o seu “estilo de vida,” seus “excessos” sexuais e suas crenças religiosas.

Alguns meses depois, o Ministério Público solicitou parceria com a equipe do CRAS na avaliação de um caso em que a tutela de uma criança era disputada entre a mãe biológica e os avós paternos. A criança, até então, residia com o pai biológico e os avós paternos. No entanto, após o falecimento do seu genitor, a mãe biológica solicitou a guarda do filho. Não

foi preciso muita investigação para deduzir que estávamos diante da família daquele rapaz, funcionário público do município, que havia falecido recentemente. Deixando de lado as peculiaridades do caso, me chamava atenção como que o fato de o pai da criança ter sido soropositivo era usado, pela genitora, como argumento para desqualificar, não só o exercício da paternidade, como também a capacidade dos avós paternos de exercerem cuidados adequados para com o neto.

Por outro lado, os avós da criança tentavam incansavelmente nos convencer de que, “apesar de ter aids,” o rapaz era um bom pai e nunca havia deixado faltar nada ao filho. Independentemente das motivações que levavam essas duas famílias a disputar a tutela do menor, o HIV/aids e seus atravessamentos discursivos ganhavam centralidade nas falas dos sujeitos.

Enquanto avaliava o caso, senti-me profundamente incomodada com os estereótipos, preconceitos e toda a rede discursiva que atravessava, construía e era reiterada pela fala dos sujeitos entrevistados, nesta ocasião. Este incômodo despertou em mim certa curiosidade sobre como as pessoas que vivem com HIV lidam com algumas situações sociais. Como essas pessoas se constroem diante dos atravessamentos discursivos em torno da sua infecção e os sentidos atribuídos ao acometimento pelo HIV?

É claro que a construção de uma tese tem múltiplas motivações. Reduzi-las a duas situações específicas seria, no mínimo, simplório. No entanto, fiz questão de narrar essas duas experiências com a maior riqueza de detalhes possível, a fim de ilustrar dois momentos pessoais em que acredito que fui diretamente afetada pela temática que hoje busco trabalhar e que proporcionou bastante inquietude. Imergi, então, no campo de estudo, buscando compreender mais sobre o HIV/aids, pessoas soropositivas, políticas de saúde e relações interpessoais atravessadas por discursos que fazem circular verdades sobre o vírus e a síndrome.

A imersão em um campo de estudo, sem que haja um conhecimento prático e prévio sobre a temática (enquanto pesquisadora e psicóloga), caracterizou-se como um grande desafio, algumas vezes doloroso, outras, bastante prazeroso. A inexperiência exigiu um desbravamento contínuo e exaustivo de um universo, até então desconhecido, ao mesmo tempo em que possibilitou um profundo deslumbramento a cada pequena descoberta. Não quero dizer com isto, que pesquisadores, que partem de uma prática profissional ou de uma aproximação temática para elaborar seus problemas de pesquisa, não tenham que lidar com o árduo desafio de aprofundar o conhecimento sobre seu objeto de estudo, tampouco que não se encantam diante de suas descobertas. A pesquisa sempre é um desafio instigante e o pesquisador, implicado em seu campo de estudo, termina sendo afetado por ele. Objetivo, sim, configurar o lugar em que me posiciono enquanto pesquisadora e de onde falo, visto que, no que concerne ao HIV/aids e suas implicações, tudo que se apresentava era tomado como algo novo, tudo que emergia, por mais simples e óbvio que fosse, me provocava estranhamento, inquietação e, sem querer romancear a realidade dura que se mostrava, certo encantamento.

Assim, pude entrar em contato com diversas experiências, evidenciadas pelas falas de pessoas que compartilharam comigo suas histórias de vida e os temores de morte. Se no início do estudo tive o receio de não encontrar sujeitos dispostos a falar sobre vivências relacionadas a uma temática que provoca incômodo, rechaço social e mobiliza questões emocionais profundas, fui surpreendida por pessoas que pareciam ansiar por ser ouvidas. Por isso, busquei não só acolher a voz destas pessoas que muitas vezes são forçadamente caladas, como fazer dessas vozes as grandes protagonistas deste trabalho.

Introdução

A aids foi reconhecida clinicamente, pela primeira vez, em 1981, nos Estados Unidos, pelo Center for Disease Control and Prevention (CDC). No período da descoberta da epidemia, a caracterização da doença pelo CDC restringia a síndrome a determinados segmentos populacionais que, supostamente, seriam propensos ao acometimento deste quadro de baixa imunológica severa, fazendo surgir, assim, a denominação e caracterização dos grupos de risco, sendo incluídos os haitianos, homossexuais, hemofílicos e heroínômanos (usuários de heroína injetável), além de profissionais do sexo.

Esses grupos foram apontados, pelos epidemiologistas, como os responsáveis pela doença, o que permitiu que as políticas de saúde no combate à epidemia se concentrassem na promoção de estratégias de controle sobre parcelas específicas da população. A caracterização dos grupos de risco acabou por marcar a percepção da síndrome como uma “doença do outro” (Knauth, 1999), a doença dos marginalizados, propiciando não só estigmas, mas um distanciamento das práticas de cuidado, por parte dos demais membros da população.

Grandes investimentos orçamentários nas pesquisas e manejo da aids só foram possíveis após o reconhecimento da doença como uma epidemia. A descoberta do agente etiológico e o entendimento de que a exposição das pessoas ao vírus e ao adoecimento não estava condicionada a características individuais e/ou coletivas, mas que a propagação do HIV tem um aspecto epidêmico de múltiplas dimensões permitiu que outros segmentos populacionais pudessem ser investigados e os casos de infecção diagnosticados e notificados, provocando “alterações” no perfil epidemiológico do HIV.

Hoje, embora a epidemiologia aponte que as populações que concentram maior prevalência de HIV são gays e homens que fazem sexo com homens (HSH), trabalhadores/as do sexo e seus clientes, pessoas trans e pessoas que usam drogas injetáveis, sendo

consideradas populações-chave para a resposta ao HIV, a ideia de risco passou a ser questionada e o seu uso exige bastante cautela. Isso se deve ao fato de que o simples pertencimento a um desses grupos não é suficiente para caracterizar indivíduos com exposição frequente ao vírus (Ministério da Saúde, 2017a). O conceito de risco, quando utilizado de forma negligente, isolada e, simultaneamente, generalizada, além de reiterar estigmas e discriminação, não é capaz de abranger toda a complexidade que compõe a realidade da epidemia.

Segundo o relatório do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/aids (Unaid, 2017a), atualmente, quase quatro décadas após a identificação dos primeiros casos, estima-se que existam 36,7 milhões de pessoas vivendo com HIV no mundo. O mesmo relatório aponta que, em nível global, no ano de 2016 foram registrados 1,8 milhões de novos casos de infecção por HIV e 1 milhão de mortes relacionadas à aids. Embora assustadores, os números aqui registrados representam um dado otimista, visto que o relatório indica que pouco mais da metade das pessoas que vivem com HIV no mundo passou a ter acesso ao tratamento, o que significou uma redução de quase 50% no número de óbitos relacionados à síndrome, nos últimos 10 anos.

De fato, os avanços associados ao diagnóstico, ao Tratamento Antirretroviral (TARV) e, principalmente, aos esforços dos programas de prevenção e assistência no mundo todo proporcionaram uma expressiva redução das taxas de mortalidade e aumento na sobrevivência de pessoas soropositivas. Dentro deste contexto, embora o uso regular do preservativo nas relações sexuais ainda ganhe centralidade nas políticas de enfrentamento à epidemia, ele não se caracteriza mais como a única opção disponível para a prevenção ao vírus. Novas estratégias têm surgido como ferramentas complementares à resposta ao HIV. Neste sentido, a associação concomitante ou subsequente de diferentes intervenções, tanto em relação ao vírus,

quanto aos fatores relacionados à infecção, denominada Prevenção Combinada, tem ganhado destaque nas discussões sobre promoção de saúde (Ministério da Saúde, 2017a).

A Prevenção Combinada, modelo mais recente de metodologia preventiva, traz inúmeros benefícios para a saúde e qualidade de vida das pessoas que (con)vivem com o HIV e leva em consideração diferentes aspectos das necessidades de cada sujeito, bem como as escolhas individuais, o contexto social e relacional, risco de exposição ao vírus e fatores de vulnerabilidade. Este modelo de prevenção reúne um conjunto de estratégias biomédicas, comportamentais e estruturais, aplicadas ao âmbito individual e coletivo, dentre as quais: a testagem para o HIV; o uso de gel lubrificante à base de água (que diminui o atrito no ato sexual e a possibilidade de microlesões); a prevenção da transmissão vertical (de mãe para filho); o tratamento de DSTs e hepatites virais; a imunização de pessoas vivendo com HIV e redução de danos (Ministério da Saúde, 2017a).

Além das tecnologias citadas, ainda dentro do campo dos recursos disponíveis de Prevenção Combinada, e considerando os aspectos mais contemporâneos sobre os avanços biomédicos na dinâmica de prevenção ao HIV, destacamos: o tratamento como prevenção (TcP) e as medidas profiláticas Pré-Exposição (PrEP) e Pós-Exposição (PEP). Estas medidas ganham cada vez mais notoriedade diante dos resultados de pesquisas que corroboram sua eficácia e são de extrema relevância para as pessoas que (con)vivem com o vírus (Ottens et al., 2000; Grant et al., 2010; Baeten et al., 2012; Thigpen et al., 2012; Molina et al., 2015; Mayer et al., 2015; Cohen et al., 2016; Fonner et al., 2016; McCormack et al., 2016).

A TcP possibilita a diminuição da carga viral, através do uso de medicamentos Antirretrovirais (ARV), propiciando que o sujeito com sorologia positiva para HIV diminua a carga viral ou mesmo a torne indetectável, o que traz diversos benefícios para a sua saúde, inclusive, evitando-se que venha a desenvolver a aids. Além disso, estudos recentes demonstraram que indivíduos com carga viral indetectável, há pelo menos seis meses,

reduzem as possibilidades de transmissão sexual do HIV em níveis insignificantes (Grulich et al., 2015; Cohen et al., 2016; Rodger et al., 2016; Mujugira et al., 2016; Sallem et al., 2017). No Brasil, desde 2013, o Ministério da Saúde, através do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais (DDAHV), ampliou a disponibilidade gratuita do TARV pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para todas as pessoas com sorologia positiva para HIV, independentemente da contagem de linfócitos T-CD4² (Ministério da Saúde, 2017a).

Por sua vez, a PEP e a PrEP são medidas profiláticas voltadas para pessoas não infectadas. Enquanto que a primeira se refere ao uso do medicamento antirretroviral após qualquer situação de possível exposição ao HIV, a segunda se caracteriza pela utilização contínua de ARV por aqueles indivíduos que se encontram em situação de risco substancial de infecção.

No Brasil, a PEP é disponibilizada pelo SUS, desde 1999. No entanto, o mais recente Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Antirretroviral Pós-Exposição de Risco à Infecção pelo HIV (Ministério da Saúde, 2017b) atualizou as recomendações brasileiras para o uso da medicação, reforçando a indicação da PEP, para além das situações em que ela é classicamente recomendada, como violência sexual e acidentes ocupacionais, o que amplia o uso dessa intervenção também para exposições sexuais consentidas, que representem risco de infecção. Também pelo SUS, a PrEP começou a ser disponibilizada em dezembro de 2017 em 22 cidades brasileiras, fazendo com que o Brasil se tornasse o primeiro país da América Latina a utilizar esta estratégia de prevenção como Política de Saúde Pública (Ministério da Saúde, 2017c).

As informações aqui colocadas são fundamentais para nos situarmos diante dos aspectos mais contemporâneos da epidemia. Não se pode negar que todo este conjunto de avanços na resposta ao HIV/aids acarretou profundas transformações na significação da

² Glóbulos brancos do sistema imunológico encarregados de defender o organismo do HIV.

doença: de “morte anunciada,” a aids passou a ser entendida como uma condição crônica potencialmente controlável (Silva, 2012). No entanto, ela ainda é uma doença fortemente marcada pela conotação de risco e morte, evidenciada nas narrativas, sentimentos e comportamentos das pessoas que vivem com HIV e na maneira como a sociedade lida com situações que trazem à tona esta temática.

Além disso, apesar da realidade epidemiológica do vírus, o cenário das décadas de 1980 e 90 foi suficiente para dar suporte a construções discursivas que, comumente, associam o HIV a práticas subversivas, cujos protagonistas seriam homossexuais, usuários de drogas, profissionais do sexo, entre outros. Rocha e Samudio (2013) afirmam que as primeiras campanhas de resposta ao HIV reforçaram preconceito e discriminação, contribuindo para o aumento da exclusão social. Isto porque, os esforços de intervenção acerca da epidemia se estruturaram sobre conceitos de risco, vulnerabilidade e exclusão, incidindo sobre os sujeitos estratégias organizadas, disciplinadoras e prescritivas, que agenciam mudanças de comportamento.

Ponderemos, neste sentido, que o olhar epidemiológico, embora importante na demonstração de indicadores de incidência do vírus, não é suficiente para se compreender a realidade do HIV. O entendimento sobre a epidemia não pode ser reduzido a definições biológicas e estatísticas, mas comporta elementos discursivos, sociais e políticos, que não só incidem sobre o contexto do vírus, mas constroem verdades sobre ele e a sua própria realidade.

Por isso, a história da aids não pode ser organizada apenas por elementos cronologicamente dispostos sobre perfis epidemiológicos e avanços de tecnologias biomédicas, mas deve evidenciar toda a sua complexidade e teia discursiva. Estamos falando aqui de uma história social da aids, que não se refere apenas a marcos históricos, mas reúne todo um conjunto de dispositivos que entram e saem de cena na construção do discurso da

aids (Mann, Tarantola & Netter, 1993; Marques, Marcílio & Berridge, 2002; Rocha & Samudio, 2013; Parker, 2015).

Vale salientar que o discurso aqui é entendido como uma prática, um conjunto de regras anônimas, mutáveis, algo em constante construção, que traz consigo uma marca histórica, temporal, espacial e política (Foucault, 1999). Como prática, o discurso constrói verdades, cria e reitera os objetos aos quais se refere.

Os discursos que circulam sobre as práticas de cuidado com relação ao HIV se sustentam dentro da lógica da prevenção, visto que segmentos institucionais acreditam que esta é uma estratégia fundamental para que haja uma contenção do aumento de casos, garantindo, assim, a sustentabilidade dos programas de assistência a pessoas que vivem com HIV, bem como financiamento e fornecimento de medicamentos antirretrovirais (Parker, 2000). Os discursos preventivos não se restringem unicamente à prevenção da infecção pelo HIV. Eles comportam um conjunto de estratégias, procedimentos e diretrizes que, inseridos nas políticas de saúde, permeiam a visão e prática médica, prescrevem condutas e disciplinam os corpos.

Para Pelúcio e Miskolci (2009), no que concerne ao HIV/aids, a prevenção é o elemento mais discutido, porém o menos estruturado do modelo preventivo, visto que distintos segmentos institucionais se apropriam e problematizam esse conceito de diferentes maneiras. É justamente essa maleabilidade que, segundo os autores, assegura sua eficácia, não necessariamente na garantia de comportamentos preventivos, mas fazendo circular discursos de verdade sobre práticas higienizadas e sanitariamente seguras, instituindo mecanismos de vigilância sobre a vida social, sobretudo no que diz respeito às sexualidades.

Considerando a história social da aids e os discursos que a permeiam, percebe-se que ela transcende a esfera médica e o entendimento de doença do corpo, instaurando-se dentro de um campo de produções de verdades e processos de subjetivação. Neste sentido, o status de

soropositividade produz e valora negativamente indivíduos marcados como desviantes à norma: o homem traidor ou infiel, homossexual, usuário de drogas, promíscuo, entre outros. Sobre o efeito dos atravessamentos discursivos, emerge o sujeito da aids, transgressor e senhoril de uma vida de excessos (Lima, 2015; Pelúcio & Miskolci, 2009). Esta característica impõe desafios significativos para as políticas de saúde e assistência integral aos indivíduos soropositivos, além de demandar reflexões sobre a experiência de (con)viver com o HIV/aids.

A conjugalidade sorodiscordante insere-se nesse cenário, comportando tensões e conflitos em torno do sexo e da doença, ao mesmo tempo em que é perpassada por discursos que incidem sobre a relação de casal. O uso do termo sorodiscordância é utilizado comumente, na literatura nacional e internacional, para definir o tipo de relação afetivo-sexual, em que um dos parceiros é portador do vírus, e o outro, não. Esta terminologia, utilizada desde os anos 1990, evidencia que o fenômeno da sorodiscordância e os estudos voltados para este tipo de relação não são inéditos, mas ganham cada vez mais sentido diante do sucesso dos recursos diagnósticos e terapêuticos e à medida que cresce o índice de infecção entre jovens.

Por outro lado, a literatura francesa e alguns pesquisadores brasileiros, como Polejack (2001), preferem a utilização do termo sorodiferença para se referir a esses casais, pois entendem que a discordância sugere a ideia de conflito e de dificuldade. Neste trabalho, concordamos com Knauth (2003), ao colocar que a mudança de nomenclatura não esgota os conflitos que podem estar explícitos ou não, já que em todas as relações, concordantes ou discordantes, os conflitos e desafios estão presentes.

Embora as parcerias sorodiscordantes representem uma população que sugere atenção na resposta ao HIV, caracterizando-se como um dos grupos prioritários no acesso a tecnologias profiláticas, como, por exemplo, a PEP e, recentemente, a PrEP (Ministério da Saúde, 2017a, 2017b, 2017c), elas parecem ainda representar um desafio à sociedade em geral

e aos programas de atenção à saúde, visto que incitam “questionamentos sobre os imaginários sociais da doença e sobre as políticas de atendimento e prevenção, já que esta desafia uma ordem de valores que até então estabelecia como impossível a união conjugal entre pessoas com sorologias distintas para o HIV” (Silva, 2012, p. 14).

A realidade da sorodiscordância põe em destaque inúmeras temáticas relacionadas ao HIV/aids, que vão além das questões da saúde pública, mas apontam para a necessidade de se promover uma reflexão que considere as dimensões sócio-históricas relacionadas ao vírus e à síndrome e que problematize os discursos sobre as sexualidades, os jogos de verdade e os modos de subjetivação, diante do acometimento pelo HIV.

Parte-se, então, do pressuposto de que o entendimento da dinâmica das relações sorodiscordantes não se restringe aos aspectos da sexualidade, prevenção e vulnerabilidade, para buscar compreender a experiência dessas pessoas nas peculiaridades dos processos de subjetivação. Destaca-se a experiência como uma dimensão constitutiva da subjetivação, ou seja, um processo, simultaneamente, de sujeição e resistência às normas constituídas e circulantes nos diferentes discursos sociais e que tornam estes sujeitos inteligíveis para si mesmos e para os outros. É a partir deste conceito, que questionamos: como se dá a experiência de conjugalidade em relacionamentos constituídos por pessoas com sorologias diferentes para o HIV/aids? Qual o impacto da sorodiscordância na vida afetivo-sexual dessas pessoas? A diferença sorológica pode acentuar divergências quanto aos sentidos conferidos à convivência com o HIV/aids?

Vale ressaltar que o conceito de conjugalidade aqui não pressupõe uma relação de coabitação ou monogamia, mas se refere a um contrato relacional permeado por trocas afetivas e sexuais, em que há desejo mútuo de permanecer juntos por um longo período. Concordamos com Heilborn (2004, p. 11), ao colocar que a conjugalidade “expressa uma relação social que condensa um ‘estilo de vida,’ fundado numa dependência mútua e em uma

dada modalidade de arranjo cotidiano, mais do que propriamente doméstico, considerando-se que a coabitação não é regra necessária.”

Nesse sentido, este estudo objetivou compreender a experiência de conjugalidade de pessoas que vivem em situação de sorodiscordância para HIV/aids. Teve como objetivos específicos: descrever e questionar os discursos que circulam sobre o HIV/aids; investigar o impacto da descoberta e/ou revelação da soropositividade; problematizar as experiências de conjugalidade dessas pessoas com as dimensões sócio-históricas e as práticas discursivas e não discursivas, acerca das sexualidades; analisar como elas se posicionam no que diz respeito aos discursos de prevenção e risco; investigar as repercussões da sorodiscordância para HIV sobre a vivência da conjugalidade e as estratégias utilizadas para a manutenção ou construção da relação, após a descoberta da discordância sorológica.

Acredita-se que a relevância deste trabalho está em aprofundar a compreensão das possibilidades relacionais, afetivas e sexuais de casais que convivem com o HIV/aids. Assim, transcende-se o modelo hegemônico tradicional biomédico de lidar com a sorodiscordância, por meio de demandas da saúde e de políticas públicas de prevenção, nas quais se exige do sujeito postura política e moral diante da doença.

Dessa maneira, no primeiro capítulo, apresentamos um levantamento das produções científicas que abordam a temática da conjugalidade sorodiscordante para HIV. Trata-se de uma revisão sistemática da literatura, em que são destacados os aspectos e dimensões que vêm sendo trabalhados em torno da temática ao longo dos anos, bem como a maneira e as condições em que estas produções estão sendo construídas.

O segundo capítulo objetivou pensar a possibilidade de um caminho metodológico aplicado ao contexto de acometimento pelo HIV/aids, fazendo uso da teorização foucaultiana. Sendo assim, relatamos os passos utilizados no processo de investigação, apontando, sobretudo, para uma experiência de construção de saber.

No terceiro capítulo, partimos da apresentação e questionamento dos discursos que circulam sobre o HIV/aids, a fim de pensar sobre o impacto da descoberta e revelação da soropositividade. Buscamos compreender como se deu a entrada do vírus na vida a dois e as repercussões no processo de subjetivação dessas pessoas, diante da constatação da sorodiscordância.

No quarto capítulo, considerando a diferenciação entre práticas sexuais e sexualidade, promovemos uma reflexão sobre os discursos de verdade que influenciam nas negociações sexuais e a maneira como a sexualidade é experienciada dentro do contexto da sorodiscordância. Neste sentido, problematizamos o posicionamento desses sujeitos no que diz respeito aos discursos circulantes de risco e prevenção.

O quinto capítulo traz a conjugalidade no seu entendimento mais amplo, refletindo sobre os processos de subjetivação que contribuem para a manutenção e/ou estabelecimento da relação afetivo-sexual, bem como as estratégias utilizadas pelos sujeitos para manter a coesão diádica, diante do acometimento da infecção.

Por fim, a partir da compreensão propiciada pelas narrativas dos sujeitos que protagonizam este estudo, tencionamos os aspectos psicossociais do HIV/aids evidenciados pelas histórias que aqui serão apresentadas e o contexto das políticas de enfrentamento à epidemia, no intuito de pensar práticas de acolhimento que considerem as demandas das pessoas que (con)vivem com o HIV, sobretudo no que tange aos relacionamentos sorodiscordantes.

1 O cenário dos estudos acerca das relações conjugais sorodiscordantes para HIV

No exercício de pesquisar, conhecer e delinear o campo de estudo é primordial para definir os objetivos e as estratégias de abordagem necessárias para iniciarmos a caminhada. Neste sentido, explorar o campo através do que já foi produzido sobre o tema, faz-se necessário, não só para ampliar nossa visão sobre a temática, mas para direcionar o olhar em busca de algo novo, para além do que já foi dito. A compreensão do estado da arte facilita a caracterização de diferentes perspectivas sobre a mesma temática, a integração e o ordenamento de metodologias e resultados encontrados, a identificação de contradições e de lacunas existentes nas produções científicas.

Este capítulo tem a proposta de apresentar um panorama das produções acadêmicas que abordam a temática da conjugalidade sorodiscordante para HIV, tanto como pano de fundo, quanto como foco principal. Concordamos com Romanowski e Ens (2006, p. 39), quando afirmam que as revisões de literatura “não se restringem a identificar a produção, mas analisá-la, categorizá-la e revelar os múltiplos enfoques e perspectivas.” Desta maneira, na Revisão Sistemática da Literatura ou Estado da Arte, destacaremos quais os aspectos e dimensões que vêm sendo trabalhados em torno da temática ao longo dos anos, bem como a maneira e as condições em que estas produções estão sendo construídas, os resultados alcançados e as conclusões.

1.1 Procedimentos

Ao pensar sobre as produções científicas que trazem o HIV/aids como temática principal, nos deparamos com uma infinidade de produções heterogêneas, abordando os mais diferentes aspectos. Por esta razão, o processo de seleção e categorização dos textos que dialogavam com o nosso tema de estudo revelou-se um desafio, exigindo bastante cautela na

escolha dos descritores, estabelecimento de critérios de inclusão dos textos, tratamento e separação do material e análise.

Sendo assim, para ter acesso aos trabalhos científicos que discutiam questões relacionadas à sorodiscordância para HIV, fizemos uso da ferramenta de busca em alguns bancos de dados *on-line*. Iniciamos a pesquisa pela base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), que tem por objetivo o compartilhamento de conhecimento científico e técnico na área de saúde. A BVS agrupa publicações científicas de diversos outros bancos de dados e apresenta produções em diferentes campos de saber que tem como foco o desenvolvimento das Ciências da Saúde.

No entanto, nosso objetivo era nos apropriar do maior número de trabalhos possível sobre a temática, a fim de perceber os discursos circulantes, a respeito da sorodiscordância em diferentes áreas de produção científica, por isso, optamos por não restringir a busca à BVS. Neste sentido, a fim de ampliar as possibilidades de acesso a documentos científicos, incluímos como fonte de dados a *Scientific Electronic Library Online* (Scielo), biblioteca eletrônica que integra publicações em periódicos científicos. Verificamos, com isto, que apesar de a BVS buscar resultados nesta base de dados, existiam trabalhos que só nos foram apresentados, quando buscados diretamente na base de dados da Scielo.

Além disso, pensando que parte dos trabalhos publicados em periódicos é originada de produções acadêmicas, acreditamos ser interessante ter acesso às pesquisas originais e trabalhos completos desenvolvidos no âmbito acadêmico. Deste modo, incluímos a Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD), como ferramenta de busca. A BDTD é um portal de busca criado e mantido pelo Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia (IBICT), com o objetivo de reunir as teses e dissertações defendidas em todo o país e por brasileiros no exterior.

Para serem incluídos na revisão de literatura, os trabalhos deveriam abordar a temática da sorodiscordância para HIV nos seus objetivos e/ou trazer discussões e reflexões sobre essa temática, ser uma publicação em língua portuguesa, além de tratar de uma pesquisa desenvolvida no Brasil, considerando que os aspectos socioculturais estão diretamente relacionados com a realidade do HIV/aids.

Trabalhos de acesso pago, teses e dissertações de acesso restrito e bases de dados não confiáveis foram excluídos. Optamos por não fazer um recorte temporal dos trabalhos, pois tínhamos o interesse de perceber quando a comunidade científica começou a se voltar para a conjugalidade sorodiscordante, como uma realidade dentro do fenômeno do HIV. Além disso, por mais que o nosso interesse seja pensar a sorodiscordância sob uma perspectiva foucaultiana, optamos por não incluir o diálogo com a teorização de Foucault como critério de inclusão dos trabalhos, justamente por buscar as diferentes perspectivas e abordagens da temática do nosso interesse.

A escolha por descritores se deu de modo a abarcar o máximo de possibilidades de resultados. Neste sentido, utilizamos, inicialmente, os descritores: conjugalidade + HIV + aids; união estável + HIV + aids; relação conjugal + HIV + aids; vida conjugal + HIV + aids; casal + HIV + aids; sorodiscordância; casais sorodiscordantes; sorodivergência; casais sorodivergentes. Após a realização da busca por esses descritores, verificamos que dois estudos traziam a expressão “sorodiferença,” para se referir às situações de discordância sorológica entre os casais. Sendo assim, incluímos os termos sorodiferença e casais sorodiferentes, como descritor de busca. É válido ressaltar que as bases de dados utilizadas não diferem os caracteres maiúsculos e minúsculos em sua indexação.

Ao final de nossa consulta, encontramos os seguintes resultados referentes às publicações:

Tabela 1 - Resultados encontrados por base de dados*:

Descritores	Artigos (SciELO)	Dissertações/ Teses (BDTD)	Artigos /Dissertações/ Teses (BVS)	TOTAL
Conjugalidade + HIV + aids	05	08	19	32
União Estável + HIV + aids	04	04	25	33
Relação Conjugal + HIV + aids	03	13	11	27
Vida Conjugal + HIV + aids	04	09	15	28
Casal + HIV + aids	06	22	28	56
Sorodiscordância	05	05	14	24
Casais Sorodiscordantes	09	07	24	40
Sorodivergência	00	00	00	00
Casais Sorodivergentes	00	00	00	00
Sorodiferença	00	00	01	01
Casais Sorodiferentes	01	00	03	04
TOTAL	37	68	140	245

* **Quantitativo informado pelos bancos de dados sem exclusão das repetições e links inválidos**

Esta tabela demonstra o resultado bruto apresentado pelas plataformas de busca após a inserção de cada descritor. Observamos, no entanto, que alguns dos resultados encontrados apresentaram links inválidos, repetições dentro do próprio banco de dados ou eram de acesso restrito. Necessitamos, então, organizar e selecionar os textos, com potencial para serem incluídos no levantamento. Após a exclusão das repetições, dos links não válidos e dos trabalhos que exigiam algum tipo de cadastro, chegamos ao quantitativo de 109 trabalhos, discriminados por banco de dados na Tabela 2.

Tabela 2 - Trabalhos identificados após a exclusão dos links não válidos, trabalhos de acesso restrito e repetições por banco de dados:

Descritores	Artigos (SciELO)	Dissertações/ Teses (BDTD)	Artigos /Dissertações/ Teses (BVS)	TOTAL
Conjugalidade + HIV + aids	05	07	13	25
União Estável + HIV + aids	04	04	12	20
Relação Conjugal + HIV + aids	01	09	03	13
Vida Conjugal + HIV + aids	03	01	04	08
Casal + HIV + aids	04	12	10	26
Sorodiscordância	03	01	03	07

Casais Sorodiscordantes	03	00	05	08
Sorodivergência	00	00	00	00
Casais Sorodivergentes	00	00	00	00
Sorodiferença	00	00	00	00
Casais Sorodiferentes	01	00	01	02
TOTAL	24	34	51	109

Após esta primeira garimpagem, ainda foram identificados resultados que apareciam repetidos em diferentes bases de dados, necessitando de uma nova filtragem e posterior categorização de acordo com o tipo de produção científica, chegando ao quantitativo apresentado na Tabela 3.

Tabela 3 - Trabalhos identificados após a exclusão das repetições:

Tipo de Produção	Quantitativo após exclusão das repetições
Dissertação	30
Tese	13
Artigo	39
TOTAL	82

Com este quantitativo em mãos, iniciamos o processo de caracterização, de acordo com o critério de inclusão, no que se refere à abordagem da temática da sorodiscordância para HIV nos seus objetivos e/ou trazer discussões e reflexões sobre essa temática. Prosseguimos lendo o resumo dos trabalhos, identificando seus objetivos e, quando necessário, a leitura do texto na íntegra. Durante este processo, percebemos que a grande maioria das produções científicas tinha como foco do estudo os relacionamentos afetivo-sexuais das pessoas que vivem com HIV, sobretudo a sexualidade desses indivíduos, sem, no entanto, apontar para a possibilidade da sorodiscordância ou promover alguma reflexão sobre a temática, fato que fez com que estes trabalhos fossem excluídos. Este procedimento reduziu o número de produções incluídas a menos de um quarto, entre artigos científicos, dissertações e teses, e, assim, chegamos a um total de 16 trabalhos, que atendiam aos critérios de inclusão de nosso levantamento bibliográfico (Tabela 4).

Tabela 4 - Trabalhos identificados que atendem aos critérios de inclusão:

Tipo de Produção	Quantitativo final
Dissertação	03
Tese	03
Artigo	10
TOTAL	16

Depois de levantar as produções científicas sobre a temática e de realizar os cortes necessários, com a finalidade de refinar os resultados, iniciamos a leitura minuciosa sobre os estudos selecionados e o fichamento deles. Sendo assim, discorreremos mais atentamente sobre o que essas produções trazem a respeito da sorodiscordância para o HIV.

1.2 Caracterização dos estudos incluídos

Ao incluir a BDTD como banco de dados a ser consultado, tínhamos como objetivo ter acesso às pesquisas acadêmicas completas, visto que muitos estudos publicados em periódicos científicos são derivados de estudos dissertativos ou de teses. Após a leitura cuidadosa dos trabalhos, pudemos identificar que sete artigos incluídos nesta revisão de literatura são produto das dissertações ou das teses também incluídas.

No que concerne ao ano de publicação, verificou-se que, dentre os trabalhos incluídos neste estudo, as primeiras publicações aconteceram no ano de 2004. O número de publicações anuais na década posterior às primeiras publicações mostrou-se equilibrado, sem nenhum grande salto produtivo sobre a temática, como podemos constatar no Gráfico 1.

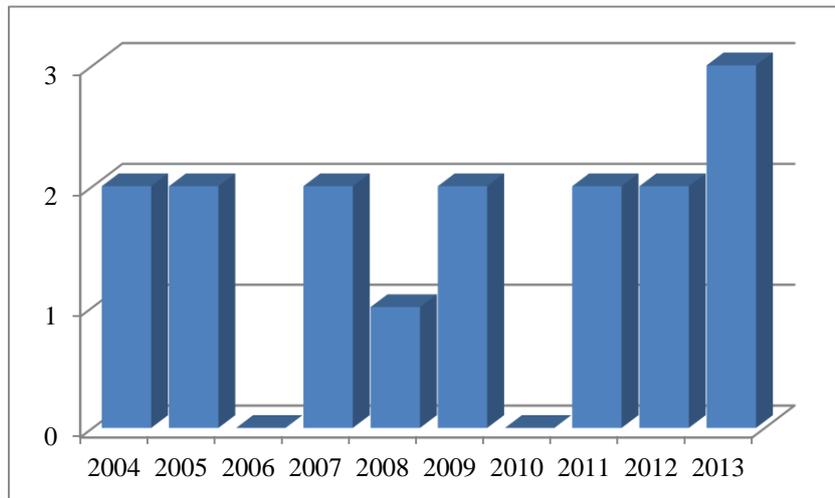


Gráfico 1. Produções científicas por ano de publicação

O Gráfico 1 mostra que com exceção dos anos de 2006 e 2010 em que não identificamos nenhuma produção que atendessem aos critérios de inclusão, o número de trabalhos publicados anualmente, abordando a temática da sorodiscordância, variou entre uma e três produções.

O levantamento foi feito em três bancos de dados diferentes, com o interesse de abranger diversas áreas de conhecimento. Sendo assim, identificamos em quais áreas de conhecimento os estudos sobre conjugalidade sorodiscordante para HIV foram publicados. Para isso, consideramos os programas de especialização nos quais as dissertações e teses foram desenvolvidas e a principal área de conhecimento dos periódicos em que os artigos foram publicados. Percebemos que o maior número de publicações está relacionado à saúde pública ou Enfermagem. Apenas três trabalhos se distanciam um pouco da grande área da saúde, sendo uma dissertação na área de Serviço Social, uma tese de Sociologia e um artigo publicado em revista especializada em Psicologia.

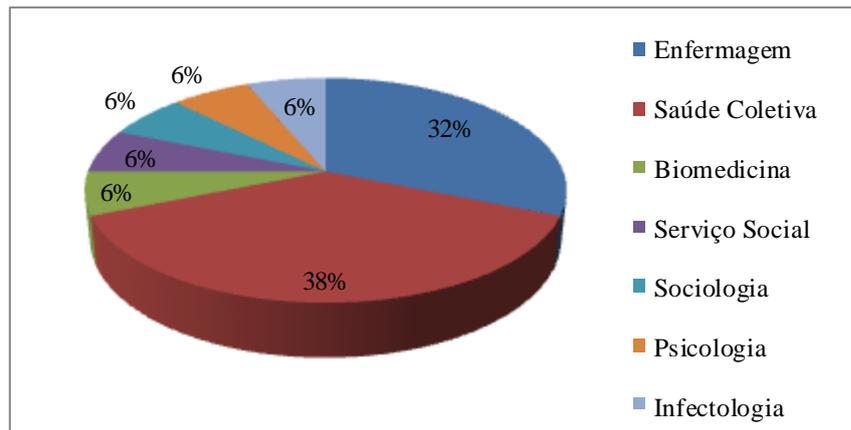


Gráfico 2 - Produções científicas com relação à área de conhecimento.

Após esta caracterização geral sobre os trabalhos incluídos, apresentaremos, de modo mais específico, o que os estudos trazem sobre a conjugalidade sorodiscordante para HIV, a maneira como a temática é abordada e algumas reflexões sobre as produções científicas.

1.3 A conjugalidade sorodiscordante para HIV e as equipes de saúde

Algumas das produções científicas buscaram compreender a maneira como a conjugalidade entre indivíduos com sorologias diferentes é percebida e acolhida pelos profissionais de saúde que lidam diretamente com pessoas que vivem com HIV.

Fernandes e Horta (2005) entrevistaram alunas de graduação em Enfermagem, com idades entre 20 e 26 anos, a fim de identificar as percepções dessas futuras profissionais sobre as parcerias sorodiscordantes para o HIV. Os autores fizeram uso do desenho projetivo com tema e de uma entrevista com roteiro estruturado, como técnicas de construção de dados. Posteriormente, através da análise de conteúdo, os autores puderam observar que as participantes guardam preconceitos e receios diante da sorodiscordância e afirmam não saber ao certo como agir diante desses relacionamentos.

Apesar disso, as alunas de Enfermagem, que participaram do estudo, acreditam poder contribuir para a melhoria da qualidade de vida dessas parcerias, através da educação para a promoção da saúde. O estudo conclui que há uma limitação acadêmica na formação dos

profissionais de Enfermagem, o que muitas vezes se reflete em certo despreparo diante de situações que desafiam a lógica pessoal de normalidade dos profissionais. Aponta ainda para a necessidade de repensar a formação dos enfermeiros nos bancos universitários, a fim de formar profissionais que possam exercer com plenitude as suas funções, contemplando o cuidado humano em toda a sua complexidade.

O estudo de Fernandes e Horta (2005) foi o único trabalho incluído, que teve como preocupação a formação profissional de técnicos em saúde. Embora tenha abordado apenas alunas de Enfermagem, mostra-se relevante ao pensar o papel da academia no preparo desses profissionais para acolher demandas que podem tensionar o entendimento pessoal e social de saúde e doença, no que concerne aos relacionamentos entre pessoas com sorologia discordante para HIV.

Os demais trabalhos que abordam a perspectiva de técnicos da saúde se voltam para a atuação profissional no atendimento a casais sorodiscordantes. É o caso do estudo dissertativo de Silva (2007), que teve como principal objetivo identificar e refletir sobre as estratégias médicas utilizadas na prevenção e assistência a pessoas que vivem com HIV e que estão em relacionamentos sorodiscordantes, no que se refere ao uso do preservativo. Os dados foram construídos, a partir do depoimento de seis médicos, que atuam com pessoas HIV positivas em ambulatórios públicos, no município do Rio de Janeiro-RJ.

O estudo destacou a produção de uma invisibilidade dirigida aos casais sorodiscordantes, posto que o que se revelou como principal preocupação, segundo as falas dos participantes do estudo, foi a adesão ao tratamento, muitas vezes significada pelo uso e manipulação adequada dos medicamentos. O estudo reflete sobre o modelo biomédico que, ao pensar a saúde, prioriza os fatores biológicos, em detrimento das experiências sociais, emocionais e culturais, dos indivíduos acometidos pelo vírus. Por fim, a autora conclui que as estratégias médicas voltadas à sorodiscordância são negativas, no sentido de apagar a

condição de casal, contemplando, prioritariamente, aspectos objetivos da promoção da saúde, no que diz respeito à adesão medicamentosa.

Os mesmos depoimentos dos seis médicos, coletados no desenvolvimento da dissertação, são retomados em outro trabalho, em que Silva e Camargo Junior (2011) buscaram identificar e problematizar as estratégias médicas utilizadas, a fim de garantir a importância do uso sistemático do preservativo na eficácia da prevenção ao HIV. Os resultados corroboram com os que foram apresentados por Silva (2007), apontando uma prática médica focada no tratamento medicamentoso do sujeito considerado doente e destacando que a dimensão de casal, principalmente das uniões sorodiscordantes, não aparece como uma preocupação significativa na fala dos entrevistados.

As estratégias médicas são voltadas, em sua maioria, para aspectos objetivos e práticos do cotidiano do paciente, evitando-se abordar características atribuídas, pelos participantes do estudo, à esfera privada da vida dos sujeitos. Os autores concluem que, em nome do “bom exercício da Medicina,” a subjetividade e a condição de casal da sorodiscordância são preteridas, tática “necessária” para garantir que outras temáticas e questões passíveis de intervenção, como a adesão ao tratamento, ganhem espaço na consulta ambulatorial.

Estes dois últimos trabalhos abordados trazem reflexões bastante pertinentes sobre o desencontro existente entre as políticas de saúde e o acolhimento das demandas das relações sorodiscordantes. Os estudos demonstram uma prática médica embasada em uma lógica emergencial e curativa, propiciando um apagamento das parcerias sorodiscordantes para HIV.

No entanto, cabe fazer duas considerações a respeito dos trabalhos citados, de Silva (2007) e Silva e Camargo Junior (2011). Estes estudos tiveram como objeto de análise apenas a fala de médicos, escolha metodológica justificada pelo lugar que estes profissionais ocupam

como responsáveis por elaborar e manter o plano de tratamento dos pacientes e por, geralmente, serem figuras de liderança nas equipes de saúde.

Embora o recorte à categoria médica não diminua a relevância dos resultados encontrados, dar voz a outros profissionais de saúde, que também atuam na assistência a pessoas que vivem com HIV, poderia ampliar ainda mais o entendimento sobre as dinâmicas das equipes de saúde com relação à conjugalidade sorodiscordante, visto que as estratégias de acolhimento e assistência não são restritas aos profissionais da medicina.

O segundo ponto a ser ressaltado é que, apesar de os dois trabalhos problematizarem o conceito e a necessidade da prevenção entre casais sorodiscordantes, as discussões prevalecem em torno da necessidade do uso sistemático do preservativo nas relações sexuais, propiciando o entendimento de que as estratégias de prevenção se restringem a esta prática.

É principalmente sobre estes dois aspectos que o trabalho de dissertação de Lago (2011) se diferencia dos estudos anteriores, refletindo sobre a noção de prevenção de um ponto de vista mais amplo, engendrado pela perspectiva do cuidado, e como este conceito é entendido pelos agentes de saúde.

A autora teve como objetivo investigar as representações sociais de profissionais de saúde sobre a sorodiscordância para o HIV. Para isto, entrevistou 11 profissionais inseridos em uma equipe multidisciplinar de um ambulatório especializado em HIV/aids no município de Niterói-RJ, questionando sobre suas práticas no atendimento a pessoas que vivem com HIV.

O roteiro da entrevista buscou articular três eixos específicos: os dados sociodemográficos dos participantes, a compreensão deles com relação à instituição onde atuam e as representações dos profissionais sobre o fenômeno da sorodiscordância. A investigação demonstrou que os profissionais entrevistados associam as relações

sorodiscordantes a conflitos e tensões, evidenciando em muitos momentos certo temor em lidar com estas situações.

Os resultados ainda apontaram que o conhecimento dos profissionais com relação às diretrizes e protocolos de atendimento propostos pelo Ministério da Saúde ainda é relativamente desconhecido e frágil entre os profissionais entrevistados. A autora conclui que as rotinas de cuidado não são bem definidas e discutidas nos serviços de saúde, resultando no estabelecimento de práticas equivocadas, muitas vezes condicionadas à valoração pessoal do técnico, com relação à união sorodiscordante.

Esta dissertação trabalha a questão das políticas de atendimento a pessoas que vivem com HIV e como os profissionais de saúde desconhecem algumas das discussões propostas, sobretudo no que concerne à ampliação do conceito de prevenção e aos programas e políticas de saúde sexual e reprodutiva. Os resultados apresentados por Lago (2011) contribuem com os que foram pontuados por Silva (2007), ao evidenciar que o modelo biomédico, centrado em uma lógica curativa, reforça e reproduz comportamentos que demonstram uma dificuldade em valorizar os processos subjetivos, singulares e emocionais dos pacientes na rotina profissional.

Estas reflexões são retomadas e reforçadas em uma publicação posterior, derivada do estudo dissertativo de Lago (2011), em que, tendo como base os dados construídos na dissertação, Lago, Maksud e Gonçalves (2013) buscaram compreender mais especificamente sobre a influência das relações institucionais na visão da sorodiscordância e nas representações que os profissionais têm acerca desse fenômeno.

O trabalho discute de maneira mais aprofundada as repercussões acerca das recomendações e diretrizes do Ministério da Saúde com relação às políticas públicas de saúde, principalmente no que se refere à sorodiscordância, sobre o cotidiano profissional dos entrevistados. O trabalho mostrou que as relações sorodiscordantes não são encorajadas nem

percebidas, como positivas, pelos profissionais. O parceiro soronegativo não é entendido como paciente formal do sistema, nem como parte da rotina do serviço ambulatorial, fato que contradiz a lógica da prevenção.

No que diz respeito às parcerias sorodiscordantes, os participantes apontam como relevante a preocupação com o não uso do preservativo nas relações sexuais. O estudo também revelou que aspectos sobre procedimentos relativos à saúde sexual e reprodutiva e encaminhamentos adequados para a rede de serviços são totalmente desconhecidos pelos profissionais. O trabalho conclui que apesar de as relações sorodiscordantes serem uma realidade dentro dos serviços de saúde, a desinformação dos profissionais, os estigmas e a ausência de protocolos claros e objetivos contribuem para a manutenção da invisibilidade desses casais.

Com base nos trabalhos apresentados, percebemos que as parcerias sorodiscordantes para HIV são tomadas como um desafio às políticas de saúde e à atuação dos profissionais, visto que ainda há a predominância de uma perspectiva de saúde e prevenção fundamentada no modelo biomédico, em que a prática é voltada para o tratamento, focada na doença e não no sujeito.

Os estudos evidenciaram resultados que contradizem a ideia de Prevenção Combinada que, dentro da perspectiva dos direitos humanos, comporta políticas e programas de HIV, nos quais a prevenção é entendida como um somatório de responsabilidades compartilhadas, englobando todos os indivíduos independentemente de sua sorologia para o HIV. A polarização dos conceitos de saúde/doença, instaurada e reiterada cotidianamente pelas práticas tecnicistas, e a dificuldade de abordar a temática da sexualidade de maneira não prescritiva favorecem a invisibilidade dos relacionamentos sorodiscordantes para o HIV, dentro dos consultórios e ambulatórios médicos.

1.4 Conjugalidade, sexualidade e uso do preservativo

Não se pode negar que, no que diz respeito ao HIV, a via sexual é sempre ressaltada como a principal via de exposição ao vírus. Neste sentido, no que concerne às investigações que tomam as relações sorodiscordantes como temática de estudo, questões relacionadas a conceitos de vulnerabilidade, comportamento de risco e possibilidade de infecção foram predominantes nos trabalhos incluídos nesta revisão de literatura. Sob esta perspectiva e diante de uma sexualidade revestida de vigilância e associada à ideia de comportamento de risco, os desejos de exercer a maternidade ou paternidade e as escolhas reprodutivas de casais com sorologia discordantes, para HIV, também passam a ser alvo de questionamento, sobretudo porque o desejo da maternidade é perpassado por outra problemática: a possibilidade de transmissão vertical.

Nesse sentido, Dalapria e Ximenes Neto (2004) tiveram por objetivo identificar as práticas sexuais de casais heterossexuais sorodiferentes³ para o HIV e as aspirações relacionadas com o crescimento familiar e escolhas reprodutivas. Para isto, fizeram uso de entrevista semidirigida e aplicação de um questionário sociodemográfico com seis casais heterossexuais sorodiferentes para HIV, residentes no município de Sobral-CE.

Os resultados mostraram que todos os casais entrevistados tinham filhos ou a mulher estava grávida. Alguns dos casais manifestaram o desejo de ser pai novamente e nenhum dos indivíduos entrevistados conhecia ou considerou a inseminação artificial como possibilidade de reprodução assistida. Além disso, com relação à prática sexual, o estudo identificou que os participantes não utilizam ou fazem uso irregular do preservativo, sendo que quatro casais fazem sexo apenas vaginal e dois praticam sexo oral, anal e vaginal.

³ O termo sorodiferença foi utilizado pelos autores no trabalho. Por isso, optamos por respeitar a escolha dessa terminologia.

Os autores concluem que, apesar das campanhas desenvolvidas pelo Ministério da Saúde do Brasil e das informações propagadas por ONG/aids, os entrevistados não utilizam ou fazem uso inadequado do preservativo durante a prática sexual. Diante disto, os autores questionam a eficácia das campanhas preventivas em atingir o público-alvo, apontando as uniões sorodiferentes como espaços que propiciam a disseminação do HIV.

Algumas considerações devem ser feitas com relação ao trabalho de Dalapria e Ximenes Neto (2004). O texto traça um verdadeiro roteiro das práticas sexuais dos casais entrevistados, apontando a quantidade de vezes em que fazem sexo durante a semana, o uso recorrente ou não de preservativo, por que e em quais situações as mulheres engravidaram e as maneiras como os casais exploram seus corpos durante o ato sexual, sempre articulando as falas dos participantes à ideia de risco e de “sexo seguro.” De fato, os resultados alcançados no estudo apontam para expressões de sexualidade que resistem à vigilância que lhes é imposta, mas este dado não é problematizado no texto.

Além disso, os autores buscaram entender os desejos pela maternidade e paternidade dentro do jogo discursivo sobre a sexualidade e o HIV. No entanto, não discutem sobre os aspectos subjetivos e sociais que envolvem a decisão de ter filho. Não se pode deixar de observar que o trabalho data de 2004 e que, desde a sua publicação, diversas discussões já foram construídas ou desconstruídas e protocolos de atendimento em saúde foram implementados ou atualizados. No entanto, a maneira como o estudo foi organizado acaba por reiterar a ideia de uma sexualidade prescritiva, fundamentada em discursos médicos que enfatizam o “sexo protegido,” pelo uso de preservativo, em detrimento da expressão da sexualidade do sujeito.

Nesse mesmo ano, Reis (2004), em sua dissertação, entrevistou individualmente 11 pessoas, com sorologia positiva para HIV, que conviviam com parceria sorodiscordante heterossexual, buscando descrever e analisar o impacto da sorodiscordância na vida afetivo-

sexual dessas pessoas. Partindo do conceito de vulnerabilidade e diante das falas dos participantes, a autora observou a emergência de nove temas a serem trabalhados: a percepção da invulnerabilidade, a descoberta da soropositividade ao HIV, via de infecção, revelação do diagnóstico para o parceiro, a sexualidade, vulnerabilidade da parceria sexual, uso do preservativo, saúde sexual e reprodutiva e, por fim, a convivência.

Os resultados apontam que a principal via de infecção dos participantes foi a sexual e que a revelação do diagnóstico ao parceiro é um momento de angústia, insegurança e medo. Além disso, o estudo mostra que o fato de a infecção do HIV ter caráter transmissível e incurável impõe adaptações necessárias para a manutenção do relacionamento, o que se caracteriza por mudanças na resposta sexual dos casais, que variam desde a abstinência à atitude de negação à possibilidade de infecção. A autora demonstra, ao longo do texto, a necessidade de evidenciar o parceiro soronegativo e as questões da sorodiscordância no atendimento assistencial a pessoas que vivem com HIV, concluindo que a falta de serviços específicos para este público é um dos fatores que aumentam a vulnerabilidade do parceiro soronegativo.

Os dados apresentados neste estudo, posteriormente, foram retomados em três artigos publicados em periódicos científicos. No primeiro trabalho publicado, Reis e Gir (2005) buscaram identificar os fatores que interferem na manutenção do “sexo seguro” entre parceiros com sorologias distintas para o HIV, concluindo que a prevenção sexual, através do uso regular do preservativo, se constitui num desafio para os casais sorodiscordantes, visto que a dificuldade da adoção do preservativo em todas as relações sexuais tem implicações culturais, sociais e subjetivas.

As demais publicações desses mesmos autores (Reis & Gir, 2009; Reis & Gir, 2010) enfatizam as dificuldades de adaptação da vida sexual dos casais, após o conhecimento da sorologia positiva de um dos parceiros e a não percepção do risco diante da possibilidade de

infecção do parceiro soronegativo. Para estes autores, a naturalização da infecção do HIV como condição controlável por medicamentos, a crença na impossibilidade de transmissão do vírus relacionada com carga viral indetectável e o tempo de convívio entre o casal sorodiscordante são fatores de vulnerabilidade para a parceira.

A dissertação desenvolvida por Reis (2004) e os demais trabalhos publicados por Reis e Gir (2005, 2009, 2010) apontam que a sorodiscordância para HIV tem um impacto negativo na vivência da sexualidade, repercutindo em alterações no manejo da intimidade. Embora as autoras adotem o conceito de vulnerabilidade como algo que vai além das escolhas pessoais dos sujeitos, mas influenciado por fatores sociais e culturais, a análise dos dados se resguarda, prioritariamente, sobre a ideia de prevenção, através da adoção da prática do “sexo seguro,” de modo que o uso do preservativo é colocado como principal técnica de prevenção e “única barreira comprovadamente efetiva contra o HIV” (Reis, 2004, p. 14).

A sorodiscordância, associada às expressões de “sexo seguro” ou a ideia de risco, reforça o entendimento de que a sexualidade desses casais deve se manter em constante vigilância. É a partir dessa hipótese que Amorim e Szapiro (2008) analisaram a problemática do risco em casais que vivem em situação de sorodiscordância para HIV. As autoras realizaram 15 entrevistas com pessoas que vivem em situação de conjugalidade sorodiscordante, sendo duas com casal e treze, com apenas um dos parceiros.

Através da análise das falas dos participantes, as autoras puderam identificar que há uma grande dificuldade entre os pares de manter uma vida sexual satisfatória e conversar a respeito da sorodiscordância. Além disso, identificaram que o temor da transmissão do vírus ao parceiro soronegativo é uma temática recorrente nas narrativas dos entrevistados. As autoras concluem que o uso do preservativo não é uma prática adotada facilmente pelo casal e representa a quebra da intimidade conjugal, marcada pelos discursos médicos de prevenção.

Neste estudo, as autoras problematizam a racionalidade do modelo médico-científico contido na expressão “sexo seguro,” que tem como base o sujeito autônomo e responsável, capaz de orientar suas escolhas em prol de evitar riscos e que, muitas vezes, desconsidera a questão do desejo contida na sexualidade. Embora caracterizem a conjugalidade sorodiscordante para HIV como uma “condição que pode se apresentar como uma constante prática de risco” (Amorim & Szapiro, 2008, p. 1859), as autoras problematizam o discurso preventivo que se constrói pela biologização da sexualidade e termina desconsiderando os aspectos afetivos e do campo do desejo.

Com objetivos diferentes, mas resultados semelhantes, Maksud (2009) buscou compreender os significados do comportamento sexual e os sentidos sociais do desejo. A autora questiona se sentimentos conjugais, como erotismo, paixão, atração, tesão e desejo, estão sujeitos à medicalização. Para isto, a autora realizou entrevistas individuais com homens e mulheres de 13 casais heterossexuais sorodiscordantes. Os dados da pesquisa revelam que, com a soropositividade, a rotina sexual dos casais é modificada, tornando os encontros sexuais mais escassos e esporádicos. No entanto, a união estável e a convivência cotidiana são fatores que propiciam a naturalização do HIV, passando de perigo a mal menor e permitindo uma relativização do risco.

Para os participantes, o uso do preservativo contradiz com a imprevisibilidade da relação sexual, rompendo com aspecto da espontaneidade do ato. A autora conclui que os repertórios sexuais traçados pelo estudo dão pistas para se pensar como os discursos tradicionais de prevenção, embasados em uma lógica normativa, se distanciam da realidade cotidiana dos sujeitos e não abrangem a complexidade da significação atribuída à sexualidade pelos casais.

Neste estudo, Maksud (2009) problematiza a questão do risco, apontando que a gestão sobre ele não pode ser reduzida e significada pela introdução do preservativo nos

encontros sexuais, mas deve considerar aspectos de gênero, estratégias das relações conjugais, processos de significação do vírus e da doença. Apontando para uma negociação entre desejos e práticas, que resultem em diferentes estratégias para minimizar a possibilidade de infecção.

Dentro desta mesma perspectiva, o trabalho de tese de Fernandes (2013) discute sobre a vulnerabilidade ao HIV entre casais sorodiscordantes, buscando compreender como são construídas as três dimensões da vulnerabilidade: programática, social e individual. Para isto, fez uso do método qualitativo da análise das práticas discursivas e produções de sentido cotidiano. Foram entrevistados 17 casais, sendo 13 heterossexuais e 4 homossexuais, acompanhados no Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas da Fundação Oswaldo Cruz.

Os resultados indicaram questões importantes relacionadas às dimensões da vulnerabilidade, dentre as quais se destacam a forma prescritiva em que é feito o trabalho de prevenção primária e secundária pelos profissionais de saúde; a falta de informação sobre sexualidade na família e nas escolas; os conhecimentos distorcidos sobre a transmissão do HIV e suas formas de prevenção; as inadequações na testagem e na maneira como o resultado é comunicado pelos profissionais de saúde; a ausência de apoio para ajudar na revelação do diagnóstico a parceiros e/ou familiares, bem como no suporte das questões relacionadas à conjugalidade.

O autor conclui que os casais entrevistados incorporaram em seus relacionamentos tecnologias de prevenção que não são consonantes com as políticas de ação, que se baseiam em uma lógica racional e prescritiva. Além disso, afirma que o acesso a informações permite que os casais possam aderir ao tratamento, como mecanismo de prevenção, combinando-o com outras técnicas de diminuição da vulnerabilidade diante da potencial exposição ao vírus, como, por exemplo, coito interrompido e a não utilização de sexo anal.

A partir dos estudos aqui apresentados, percebemos que a sistematização do saber médico-científico definiu a sexualidade, objetivando-a. Neste contexto, uma epidemia, que

tem como principal via de infecção as práticas sexuais, favoreceu discursos de verdade sobre prevenção e risco, que não só justificam, mas produzem mecanismos de controle que recaem sobre a sexualidade dos sujeitos, tomando-a como objeto de exame e vigilância. Os resultados dos trabalhos evidenciam esta sexualidade que, por representar ameaça, deve ser esmiuçada e demanda ser regulada. Enquanto alguns estudos buscam problematizar e refletir sobre essas temáticas, outros tendem a reiterar as uniões afetivo-sexuais sorodiscordantes como uma prática “perigosa” de risco iminente.

Dentro dos processos investigativos, o preservativo protagoniza as discussões, podendo ser abordado de duas maneiras distintas. A primeira o apresenta como principal barreira física, capaz de quebrar o ciclo de infecção do HIV e, por isso, é tomado como uma alternativa indispensável à resposta à epidemia, cujo uso regular deve ser constantemente enfatizado pelas políticas de saúde. A segunda questiona justamente a centralidade do preservativo nos discursos construídos sobre tecnologias de prevenção e a maneira prescritiva e impositiva pelo qual ele é recomendado, problematizando a ineficácia destas intervenções.

1.5 A sorodiscordância para HIV para além da sexualidade

Embora os aspectos sobre sexualidade, prevenção e vulnerabilidade sejam os mais enfatizados nos estudos aqui incluídos, o entendimento da dinâmica das relações sorodiscordantes não se restringe a eles. Podemos identificar que alguns estudos buscaram expandir as reflexões, para compreender a vivência desses casais sob outras perspectivas.

Maksud (2007), em sua tese, valendo-se da perspectiva socioantropológica, objetivou delinear como se dão as relações conjugais entre casais sorodiscordantes para HIV. A autora entrevistou individualmente homens e mulheres de 13 casais heterossexuais sorodiscordantes, o que totalizou 26 entrevistas, investigando sobre a descoberta e revelação do diagnóstico, a gestão da vida sexual e os cuidados com a saúde. Verificou-se que o modo como o HIV/aids é

entendido no vínculo conjugal, no compartilhamento do cuidado e na interação sexual, é perpassado por questões de gênero que implicam diretamente a maneira como o casal se organiza diante do acometimento pelo vírus. No universo pesquisado, a autora pôde observar que a soropositividade, significada por vergonha e desonra pelo sujeito que vive com HIV, somada ao estigma e desvalorização moral do entendimento coletivo sobre o vírus, faz com que, para muitos entrevistados, a condição de soropositividade não se torne pública.

O estudo conclui que a diferença sorológica é conflituosa, muitas vezes resultando no afastamento dos parceiros. As tensões entre os sujeitos e seus familiares demonstram que a conjugalidade entre pessoas com sorologias distintas para HIV é tida como um problema, tanto pela possibilidade de infecção, quanto pela desqualificação do relacionamento.

Com base no trabalho de tese citado, Maksud (2012) discute os aspectos não falados que permeiam a relação entre o par e/ou o casal em relação aos familiares, amigos e rede de vizinhança. Os dados mostram que cotidianamente os sujeitos têm que elaborar estratégias para manutenção de aspectos da vida privada, que podem ser ameaçados pelo fenômeno da fofoca. Enfatiza-se que normas e crenças coletivas em determinados espaços sociais ameaçam a estabilidade da vida a dois, concluindo que as uniões sorodiscordantes para HIV provocam tensões, estigmas e preconceito de várias ordens na coletividade.

Por sua vez, Silva (2012) buscou examinar os aspectos socioculturais e simbólicos que condicionam as práticas conjugais, sexuais, a negociação do risco e as relações sociais dos sujeitos sorodiscordantes. O estudo compreendeu uma investigação socioantropológica, a partir de entrevistas com 22 casais sorodiscordantes para HIV.

A análise foi desenvolvida sobre três eixos interpretativos: o primeiro, o impacto da revelação do diagnóstico; o segundo, as relações de gênero e a negociação do risco dos casais; e o terceiro, as mudanças na vida conjugal. O estudo revela que as relações conjugais sorodiscordantes assumem uma lógica interna de valores e práticas influenciadas por fatores,

como: a trajetória do par, os projetos traçados em comum, momentos vividos e relações de gênero.

O autor sugere que, ao ter sua intimidade invadida e, de certa maneira, ameaçada pelos profissionais de saúde, depois de um dos sujeitos se descobrir soropositivo, os casais reagem, lançando mão de duas estratégias possíveis para a conservação da intimidade: a primeira é sonegar as informações ou aderir a um discurso “politicamente correto” sobre a gestão do risco, de modo a conservar maior autonomia sobre a vida sexual; a segunda é criar um vínculo de confiança com os profissionais de saúde, de modo a assegurar a qualidade íntima do relacionamento.

O estudo conclui que a convivência com o HIV e a manutenção do vínculo conjugal se constroem por uma trama de fatores externos e internos, o que faz com que esses relacionamentos só possam ser compreendidos se forem consideradas as redes de sociabilidade e os contextos socioculturais, médicos e representacionais.

1.6 Algumas considerações

Os estudos aqui apresentados contrapõem dois cenários: os discursos normativos de uma prática sexual “segura” disseminada nas prescrições do modelo biomédico e a sexualidade dos casais sorodiscordantes que subvertem os estereótipos e mecanismos de vigilância. Como podemos perceber, a conjugalidade sorodiscordante, tomada como uma parceria que potencializa a possibilidade de infecção pelo HIV, acentua a tendência a se enfatizar discursos que pretendem disciplinar a sexualidade do casal. Neste contexto, a prática sexual, muitas vezes associada a uma ideia de risco, acaba se tornando objeto de exame, por parte das instâncias de saúde e da sociedade em geral, evidenciando uma tutela sobre o uso dos corpos e dos seus prazeres por terceiros, fora do âmbito conjugal.

Os trabalhos revelam resultados que contrastam com as diversas discussões que vêm sendo construídas, ao longo dos anos, sobre a necessidade de uma abordagem mais holística e biopsicossocial dos sujeitos que (con)vivem com HIV. A demanda por uma ressignificação do entendimento de cuidado, prevenção e risco é continuamente apontada por diversas organizações, seja elas institucionais ou sociais, preocupadas em pensar a promoção da saúde. É dentro desta perspectiva e levando em consideração as singularidades dos sujeitos e as especificidades do seu contexto social, que a prevenção passa a ser considerada dentro de três níveis fundamentais: o individual, o dos grupos sociais e a sociedade em que vivem.

Além disso, a noção de risco, tomada de forma isolada e, simultaneamente, generalizada, torna-se insuficiente diante dos múltiplos aspectos que compõem uma questão de saúde coletiva. Isto não quer dizer, contudo, que estes termos deixam de ser utilizados, mas que ao lançar mão deles para designar maiores ou menores chances de exposição ao vírus, devemos considerar os fatores de vulnerabilidade de natureza individual, social e programática.

Ao abordar as produções textuais, não tínhamos o intuito de lançar sobre elas um olhar valorativo, mas apreender criticamente a pluralidade discursiva, que circunda a conjugalidade sorodiscordante, e indicar as diferentes perspectivas que tomam esta temática, como objeto de estudo. Ressaltamos que cada um dos trabalhos aqui apresentados tem relevância ímpar em dar destaque a essas uniões afetivo-sexuais, visto que esses casais parecem ainda transitar invisíveis em meio às instituições de saúde.

Ponderamos, no entanto, que questões como as estratégias de prevenção adotadas pelos casais, as negociações sexuais e a gestão de risco pareceram se destacar dentro do universo trabalhado. Fato que, a depender da maneira como estas temáticas são tomadas e da problematização contida no estudo científico, pode de certa maneira contribuir para a associação da conjugalidade sorodiscordante a comportamentos que favorecem a transmissão

ou infecção pelo HIV, reiterando mecanismos de controle sobre a sexualidade dos sujeitos e estereótipos já superados de risco e vulnerabilidade.

Apontamos também para o modesto número de publicações que tomam a temática da sorodiscordância sob o olhar da Psicologia e a não identificação de trabalhos que tenham as ideias propostas por Foucault como arcabouço principal de teorização. Acreditamos que esse campo de estudo e a fundamentação foucaultiana podem contribuir e enriquecer as reflexões acerca desta temática.

A Psicologia, regida pelos princípios éticos relacionados aos direitos humanos, pode se configurar como um campo fundamental na discussão e efetivação de práticas acolhedoras às demandas relacionadas ao contexto do HIV/aids. Não no sentido de reforçar ou ampliar o poder/saber de especialistas ou da ciência, mas dando visibilidade à singularidade e à complexidade dos sujeitos, no intuito de promover a autonomia e favorecer estratégias de resistência aos discursos prescritivos do saber médico-científico. Assim também, a teorização foucaultiana pode auxiliar na compreensão da “realidade” do vírus ao tencionar seus atravessamentos discursivos e propiciar questionamentos sobre as práticas regulatórias e os agenciamentos dos processos de subjetivação.

Neste sentido, daremos continuidade a nossa ação reflexiva, apontando a possibilidade de um caminho metodológico que tome a teorização foucaultiana como indicativo norteador no percurso de construção do saber e o olhar da Psicologia, como instrumento facilitador na compreensão dos modos de ser sujeito.

2 Pensando um método de construção de saber

Neste capítulo, temos por objetivo pensar a possibilidade de um caminho epistemológico e metodológico aplicado ao contexto de acometimento pelo HIV/aids, fazendo uso da teorização foucaultiana. Concordamos com Ferreira-Neto (2008), ao afirmar que uma discussão metodológica deve ser entendida como algo que vai além da descrição operacional de procedimentos utilizados. É neste sentido que, ao relatar os passos utilizados no processo investigativo, não pretendemos apenas narrar o conjunto de estratégias utilizadas, mas falar sobre uma experiência de construção de saber.

A priori, diante da abordagem teórica da qual lançamos luz, acreditamos que seja necessário pensar sobre a problemática do método e da metodologia, visto que esta é alvo de muitas controvérsias entre os teóricos que tomam a teorização foucaultiana como objeto de discussão. Neste sentido, inspirados em caminhos já alinhavados por outros autores, que seguiram este direcionamento (Melo, 2017; Pinto, 2016; Lima, 2015), partiremos do nosso entendimento sobre os aspectos conceituais, éticos e políticos deste estudo, a fim de refletir sobre como a perspectiva teórica nos auxiliou a tecer as discussões apresentadas, ao longo deste trabalho.

Iniciamos nossa reflexão, ressaltando que Foucault nunca pretendeu circunscrever um método ou teoria que pudesse ser usada para todo e qualquer objeto de estudo. Seus caminhos metodológicos eram construídos na medida em que se debruçava sobre cada um de seus problemas de pesquisa. A proposta de Foucault era que a neutralidade da metodologia correta fosse substituída por uma ética de autoinvenção, entendendo este modo de investigação como um processo de subjetivação em que pesquisador e objeto se constituiriam no próprio processo de construção do saber (Ferreira Neto, 2008).

Sobre a escolha do caminho a ser percorrido em um estudo e fazendo menção ao olhar foucaultiano diante de um problema a ser investigado, Ferreira Neto (2008) afirma que o método utilizado nasce da análise do problema, devendo se ajustar a ele. A pertinência de um procedimento deve ser analisada, portanto, a partir da relação que ele estabelece com a solução do problema proposto. Desta maneira, tomamos a união afetivo-sexual sorodiscordante para HIV como nosso objeto de estudo, não no sentido de reduzi-la a uma realidade natural, universal e generalizada, mas a temos como um fenômeno histórico atravessado por elementos discursivos estrategicamente organizados.

Para Foucault (2008), tudo é interpretação e por isto mesmo não pode ser dada como conclusiva. Tudo é, desde já e sempre, fruto e objeto de interpretação. Cada signo é sempre a interpretação de outro signo. Sendo assim, Veiga-Neto (2009) argumenta sobre a inadequação do uso do termo teoria foucaultiana, visto que esta terminologia remeteria a um conjunto de princípios conclusivos, de organização hierárquica e solidamente sistematizados, aplicados a uma determinada área. O autor sugere que, ao falar sobre as ideias desenvolvidas por Foucault, faz mais sentido nos referirmos a uma teorização, pois colocaria em evidência a ação processual, contínua e sempre inconclusiva do ato reflexivo de conhecer.

Desse modo, para se compreender a possibilidade de utilização de um método denominado foucaultiano ou de uma teorização foucaultiana, faz-se necessário, primeiramente, retomarmos às antigas questões do método dentro dos ideais iluministas da modernidade (Veiga-Neto, 2009). O Iluminismo, pilar das ciências modernas, sustenta e prioriza a busca por uma verdade primária, única e inquestionável, uma explicação causal que compreenda o funcionamento do mundo. Nesta perspectiva, o método se caracteriza como um conjunto de procedimentos sistemáticos, controlados e universalmente aplicáveis, que norteiam o pesquisador na busca pela verdade.

Foucault se afasta dessa tradição científicista de busca por uma verdade universal e a utilização de um método incontestável e seguro, questionando, inclusive, o que se entende por verdade. Para ele, verdade não é sinônimo de descobertas científicas, mas algo que é legitimado por uma estrutura de poder, um conjunto de ações reguladas pela produção e circulação de discursos. A verdade está intimamente ligada a mecanismos e efeitos de poder que a produz e a reproduz, ao mesmo tempo em que são produzidos e reproduzidos (Foucault, 2007).

Dentro desta perspectiva, ao falar de uma metodologia de inspiração foucaultiana, devemos atentar para o sentido atribuído a essa palavra, já que o filósofo rompe com o pensamento de uma unidade constituída por leis rígidas e princípios racionais de caráter conclusivo. Pensar em uma metodologia do ponto de vista foucaultiano é expandir o conceito, tomá-lo como um caminho traçado na tentativa de compreender o objeto de estudo, um modo de questionar e entender o mundo, reconhecendo as condições históricas que possibilitaram a existência daquilo que se pretende estudar.

Ao tentar escapar do pensamento reducionista dos fenômenos ou objetos de estudo, Foucault (1995, p. 232) expõe a necessidade de termos uma “consciência histórica da situação presente.” Assim, contemplar um objeto não seria apenas reduzi-lo à sua materialidade natural, mas observar as condições de possibilidades, num determinado tempo histórico, que asseguram sua inteligibilidade. É nesse sentido que, ao tomarmos o fenômeno do HIV/aids ou, mais especificamente, a conjugalidade sorodiscordante para o HIV, buscamos compreender como os sujeitos se constroem e se apresentam, tensionados pela trama discursiva organizada sobre o vírus e a síndrome.

Longe de promover generalizações, não temos as uniões sorodiscordantes como acontecimentos isolados ou como resultantes apenas da efetividade dos tratamentos antirretrovirais, que propiciam maior longevidade das pessoas que vivem com HIV. Pensamos

a conjugalidade sorodiscordante dentro de um processo histórico, atravessada por discursos de verdade, implicações políticas, mecanismos de controle e movimentos de resistência.

É relevante ressaltar que o discurso aqui é entendido como uma prática que ultrapassa a fronteira da linguagem e não tem apenas como objetivo fazer referência à determinada coisa ou pensamento. Ele é, em si, um ato de construção e reprodução de mecanismos sociais. O discurso coloca em circulação as relações de poder e saber que coexistem dentro da própria teia discursiva, produzindo verdades que propiciam a manutenção de um constante jogo de poder. Um poder, não centralizado, que não se mantém com imposição ou dominação, mas um poder plural que emana de todas as direções, de todas as partes, em todas as relações (Foucault, 2007).

Neste momento, é importante fazer a distinção entre as práticas discursivas das não discursivas. Como pudemos perceber, as práticas discursivas são aquelas que se constituem no e pelo discurso, ou seja, não se pode pensar em um discurso que se isole do sistema de formação que o constitui e o tem. Por sua vez, as práticas não discursivas são consideradas as que criam condições de possibilidades para as práticas discursivas, como as condições econômicas, sociais, políticas e culturais, entre outras (Veiga-Neto, 2007). Não cabe, porém, procurar relações de causalidade entre uma e outra. O que se pode procurar são as maneiras como elas se articulam e entremeiam.

Considerando a história do HIV/aids e os discursos que a permeiam, percebemos que o vírus e o adoecimento transcendem o entendimento postulado pelo modelo biomédico. As verdades que circulam em torno da soropositividade atuam sobre o sujeito, produzindo modos de se relacionar, de ser casal, de ser sorodiscordante, num processo de subjetivação agenciado por estratégias políticas, normativas e culturais.

Temos aqui um sujeito que não condiz com a concepção cartesiana e racional de um sujeito “desde sempre aí,” centrado em uma origem autofundante (Veiga-Neto, 2007). Mas, o

sujeito como modos de subjetivação, pois ele se configura a partir das relações sócio-históricas e dos atravessamentos produzidos pelos jogos de verdade. Isso não significa dizer que ele seria um simples produto das relações enunciativas, regimes de verdade e saber-poder, o sujeito emerge de relações complexas e não causais. Assim, é possível falar de um sujeito descentrado de uma origem e de uma substância naturalizante. O sujeito da dispersão, da descontinuidade e da multiplicidade.

Nesse sentido, este estudo trata de uma pesquisa de natureza qualitativa, em que foram ouvidas pessoas que vivem em situação de conjugalidade sorodiscordante, procurando-se entender os atravessamentos discursivos, os jogos de poder/saber e de que maneira esses atravessamentos contribuem para a construção dos sujeitos, em uma relação de conjugalidade, diante do acometimento pelo HIV.

Pensamos os processos de subjetivação como um fenômeno complexo e não passível de uma explicação causal. Assim, ao tomar a conjugalidade sorodiscordante como nosso objeto de estudo, a temos como um elemento que marca posições de cada sujeito na relação e agencia o atravessamento de diversos regimes de verdade, tais como o risco, a disciplinarização das práticas sexuais e a estigmatização social. Foi este olhar diante do objeto a ser compreendido, que orientou a escolha das estratégias utilizadas na construção do saber, que serão apresentadas a seguir.

2.1 Contexto da pesquisa

Este estudo trata de uma pesquisa de delineamento qualitativo, cujo projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Pernambuco, sob o número 1.308.905, em 4 de novembro de 2015. Só após a aprovação desse comitê, a fase empírica do estudo foi iniciada.

A maior parte da produção de dados foi realizada em um Serviço de Atendimento Especializado em HIV/aids (SAE), da cidade do Recife. O SAE oferta acompanhamento clínico ambulatorial multiprofissional às pessoas que apresentam queixas referentes à DSTs ou tenham sido diagnosticadas com HIV/aids. O serviço funciona de segunda a sexta, nos períodos da manhã e da tarde, contando com uma equipe multiprofissional que segue os preceitos do Programa Nacional de DST/aids e Hepatites Virais (PNDA). A escolha por esta unidade de saúde se deu diante da disponibilidade da instituição em acolher e colaborar com o estudo e da dificuldade em obter resposta ao pedido de autorização solicitado em outras unidades de saúde contatadas.

A unidade ambulatorial, que serviu de apoio para a pesquisa, funciona dentro de um hospital público estadual, referência para o sistema de saúde na assistência à gestação de alto risco. Fato que acabou influenciando diretamente no perfil dos nossos participantes, visto que o público da unidade ambulatorial é predominantemente feminino. Frequentemente nos deparamos com histórias de mulheres que se descobriram soropositivas para HIV, durante a gestação, e foram encaminhadas para fazer todo o pré-natal nesta unidade de saúde, escolhendo continuar o acompanhamento neste mesmo local, após o parto.

A instituição nos serviu como meio facilitador de acesso aos participantes em potencial, não se caracterizando, necessariamente, como único local possível para realização das entrevistas. Isto porque, ser usuário do serviço não foi considerado pré-requisito para inclusão dos participantes. Apesar de a maioria das pessoas que contribuíram para a construção dos dados ter sido abordadas e entrevistadas dentro do SAE, sempre era oferecida ao participante a possibilidade de realizar a entrevista em um local ou data que lhe fosse mais confortável e/ou conveniente. No entanto, todos optaram por permanecer no mesmo local e horário em que foram abordados. Houve apenas uma exceção, em que o colaborador, ao saber

sobre o estudo que estava sendo desenvolvido, tomou a iniciativa de entrar em contato com a pesquisadora, se voluntariou e a recebeu em sua residência.

Eleger uma unidade de saúde como meio facilitador para a abordagem do público desejado resultou em muitos ganhos. No entanto, assim como em qualquer escolha, também implicou em ônus, que teve que ser cuidadosamente trabalhado e deve ser aqui considerado. O principal ponto negativo a ser ressaltado é que, ao abordar o sujeito dentro de uma instituição médica, em que tradicionalmente são investigadas questões sobre a rotina de cuidados que o indivíduo mantém ou não com relação à sua saúde, tornou-se uma preocupação fazer com que os sujeitos não ficassem atados às narrativas sanitaristas que condiziam com o ambiente em que estavam inseridos.

Não queremos, com isso, dizer que as marcas discursivas da instituição não se caracterizam como elementos passíveis e importantes à análise, mas que se fez necessário elaborar estratégias que tornassem a participação no estudo mais atrativa e acolhedora, propiciando narrativas menos condicionadas ao ambiente ambulatorial.

Nesse sentido, a interação com os indivíduos na sala de recepção, enquanto aguardavam para ser atendidos pelo profissional de saúde, favoreceu que a imagem da pesquisadora não fosse associada à de mais uma técnica de saúde, contribuindo para que a entrevista não tivesse conotação de consulta médica. Além disso, a escuta mais acolhedora e o interesse e atenção a tudo o que era dito pelo participante, além de se caracterizar como uma postura necessária ao tipo de estudo que estava sendo construído, também funcionaram como estratégias facilitadoras ao diálogo durante as entrevistas.

2.2 Instrumentos de construção de dados

Ao iniciar este estudo, havia a preocupação com o bem-estar emocional dos participantes, visto que a temática abordada remete a aspectos de foro íntimo e particular, a

situação de interação poderia mobilizar algum tipo de desconforto, ansiedade ou angústia. Desta maneira, buscamos alcançar os objetivos da pesquisa da forma menos invasiva, respeitando o máximo possível os participantes, considerando todas as implicações éticas do processo, ao mesmo tempo em que buscamos dar-lhes voz para abranger aquilo que considerasse necessário ser dito.

Nessa perspectiva, optamos por fazer uso de uma entrevista semidirigida, considerando o fato de este instrumento possibilitar aos participantes discorrer livremente sobre o assunto, sem que se desviem da temática original. Este tipo de entrevista dá maior liberdade ao entrevistador, permitindo que, a partir das respostas, sejam acrescentadas mais algumas perguntas, desde que se façam necessárias para uma melhor compreensão do tema.

Segundo Fontanella, Campos e Turato (2006), a pergunta inicial de uma pesquisa semidirigida, chamada de questão disparadora, deve ter caráter aberto e focalizar o trabalho de investigação. A pergunta disparadora tem por objetivo encorajar a geração de ideias. Neste sentido, iniciamos a entrevista, fazendo a seguinte pergunta disparadora: “Fale-me como é ter uma relação conjugal com uma pessoa que vive/não vive com HIV” e, a partir de então, dávamos início a uma conversa. As entrevistas foram gravadas em gravador de voz digital e, posteriormente, transcritas para facilitar a análise.

Além disso, também fizemos uso de um Diário de Campo, em que foram registradas diversas vivências, observações e reflexões construídas ao longo do processo de produção dos dados. O Diário de Campo é uma técnica utilizada vastamente na etnografia e, segundo Weber (2009), se caracteriza como um conjunto disseminado de notas heterogêneas produzidas, diariamente, ao longo de toda a experiência de pesquisa. Ao utilizar o Diário de Campo neste estudo, não nos atemos a regras rígidas ou técnicas precisas de anotações. A utilização do diário se deu de maneira a registrar livremente experiências vivenciadas na e pela interação direta ou indireta com o campo.

Nesse sentido, o diário fez parte da rotina da pesquisadora, sendo, ao final, composto por um conjunto de notas que evidenciam os processos de afetação provocados nos/pelos eventos observados e compartilhados pelos diversos sujeitos envolvidos. Assim como sentimentos que mobilizaram a pesquisadora durante o processo de elaboração deste trabalho e pensamentos suscitados pelo contato com o objeto de estudo.

2.3 O caminho percorrido

A construção de dados ocorreu no período de janeiro a junho de 2016. Iniciamos a exploração do lócus do estudo, através de uma reunião com a coordenadora da instituição, com o objetivo de traçar estratégias de abordagem aos participantes em potencial. Após conhecer o serviço e os profissionais que constituem a equipe do SAE, decidimos que o primeiro contato do usuário, com o estudo que estava sendo construído, deveria ser mediado pelo profissional de saúde que acompanha o paciente. Esta estratégia objetivou preservar a integridade moral, o não constrangimento dos participantes em potencial e a ética institucional. Sendo assim, a pesquisadora deveria permanecer na recepção junto com os usuários do serviço, aguardando a indicação de um dos profissionais da equipe.

As consultas dos usuários do SAE são previamente agendadas, no entanto, a sequência dos atendimentos é organizada, com base na ordem de chegada dos usuários. Desta maneira, muitos deles se antecipam ao horário de abertura do serviço, a fim de garantir que a consulta aconteça o mais cedo possível. Ao chegar, a recepcionista distribui as fichas, indicando a posição de cada usuário na fila de espera, e separa os prontuários que serão consultados pelos agentes de saúde, organizando-os de acordo com a especialidade de cada profissional e a ordem de atendimento dos usuários. Após receber o número de sua colocação, os usuários aguardam ser chamados pelo profissional de saúde, com quem irão se consultar. Durante os seis meses de construção de dados, a pesquisadora comparecia ao SAE de segunda

a quarta e aguardava na recepção, junto com os usuários do serviço, a indicação de um dos profissionais da equipe.

A permanência na recepção durante este período permitiu a observação sobre a dinâmica cotidiana da instituição, as relações estabelecidas entre os pacientes, entre os pacientes e os profissionais e entre os profissionais da equipe. Além disso, a espera junto aos usuários propiciou a interação com muitos sujeitos que, apesar de não atender aos critérios de inclusão no estudo e de não serem considerados objetivamente participantes desta pesquisa, compartilharam suas histórias, demonstrando muita vontade de falar livremente sobre as suas experiências de viver com HIV/aids. Todas estas vivências foram registradas no Diário de Campo, cujo conteúdo também será abordado, posteriormente, na análise dos dados construídos.

Dentro desta rotina de exploração do campus do estudo, os usuários do serviço eram recebidos normalmente pelo profissional de saúde e, caso atendessem aos critérios de inclusão, antes de encerrar a consulta, a pesquisadora era chamada ao ambulatório para ser apresentada ao usuário. Em seguida, a pesquisadora acompanhava o participante até outra sala, onde explicava o caráter do estudo, sua importância em âmbito social para a ampliação de discussões sobre as uniões sorodiscordantes e esclarecia as possíveis dúvidas. Após esta explanação, àqueles que demonstrassem interesse em ser inseridos no universo da pesquisa, lhes era apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que deveria ser lido e assinado.

As entrevistas foram realizadas de forma individual e em lugar privado, de modo a evitar a interferência de outras pessoas sobre o participante e garantir sua privacidade. Esta escolha também se respalda na proposta do estudo em se debruçar sobre a experiência de conjugalidade, pois, ao tomar a experiência como processo de subjetivação a entendemos como um modo único e singular de se construir sujeito.

Durante os seis meses de trabalho em campo, tivemos dificuldade em realizar entrevistas com pessoas com sorologia negativa para HIV, em relacionamento afetivo-sexual sorodiscordante, chegando a um total de apenas cinco participantes. Esta dificuldade se deve ao fato de que a maior parte dos usuários, que comparecem ao SAE para atendimento, não vai acompanhada, o que se justifica por diversos motivos: dificuldade em se ausentar do trabalho, necessidade de que alguém fique com os filhos e mesmo a própria dinâmica dos atendimentos em saúde que, em geral, não priorizam ou incluem os sujeitos com sorologia negativa como parte do processo.

Após finalizar as entrevistas, sempre era investigada a possibilidade de inclusão do parceiro do participante no estudo, inclusive, sugerindo-se que a entrevista poderia acontecer em outro lugar, conveniente para o entrevistado. No entanto, os participantes, em sua maioria, não sinalizavam interesse e se mostravam desconfortáveis com o pedido de entrar em contato com o companheiro ou marcar uma nova entrevista em outra data.

Outro problema que se apresentou é que nem sempre o casal entrava em consenso sobre a participação, sendo que um aceitava conceder a entrevista, e o outro, não. Nestes casos, obviamente, o desejo dos sujeitos foi respeitado e a entrevista se deu, apenas, com o cônjuge que aceitou participar.

As entrevistas tiveram duração média de 30 a 40 minutos, com exceção de uma que durou duas horas. As falas, com exceção de uma, foram gravadas em um gravador de voz digital e, posteriormente, transcritas, seguindo rigorosamente as palavras dos participantes, tentando manter o máximo de fidelidade com relação ao que foi dito. Também foram registrados os gestos relevantes, como, por exemplo, risos, gestos, comentários paralelos, entre outros.

Uma das participantes aceitou conceder a entrevista. No entanto, não concordou que a sua fala fosse gravada. Dessa maneira, a entrevista foi realizada sem o gravador digital e a

pesquisadora fez o registro do máximo de informações possível. Após a entrevista, enquanto a participante aguardava na recepção do ambulatório para ser atendida, a pesquisadora transcreveu o que foi colocado na conversa e, em seguida, pediu à participante para ler o que havia sido escrito. Após ler toda a entrevista, a participante consentiu a utilização das falas.

2.4 Os protagonistas

Para a escolha dos participantes, fizemos uso da amostragem proposital, também denominada de intencional ou deliberada. Por este critério, o pesquisador escolhe deliberadamente os participantes que irão compor seu estudo, de acordo com os pressupostos do seu trabalho, e fica livre para escolher aqueles que possuem as características pessoais que, em sua visão, vão fornecer informações importantes para o assunto em pauta (Turato, 2008).

Nesse sentido, definimos como critério de inclusão: pessoas em relacionamentos conjugais em que apenas um dos companheiros se apresenta infectado pelo HIV. Além disso, o/a participante deveria ter ciência da condição de sorodiscordância de seu relacionamento, conhecendo o seu status sorológico e o do seu/sua parceiro/a. No caso de o/a participante possuir sorologia positiva para HIV, esta deveria já ter sido revelada ao/a seu/sua companheiro/a, mesmo que o par soronegativo não fosse ser entrevistado. Vale salientar que, ao pensar em relacionamento conjugal consideramos uma parceria que constrói conjuntamente uma relação social e pessoal baseada na mutualidade e que comporta a administração da sexualidade e da vida amorosa (Silva, 2012). Neste caso, a coabitação não é condição necessária à conjugalidade.

Ao final de 16 entrevistas individuais, tivemos a colaboração de cinco participantes com sorologia negativa e outras onze pessoas soropositivas para HIV. Todas vivenciavam uniões sorodiscordantes. Dentre estas entrevistas, estão incluídos três casais em que foi possível ouvir, separadamente, ambos os parceiros. Embora não tenhamos definido a

orientação sexual dos colaboradores como critério de inclusão, todos afirmaram compor um relacionamento heterossexual. O tempo de convívio conjugal nas parcerias sorodiscordantes variou entre um e quinze anos de união.

Sendo assim, apresentaremos os sujeitos que protagonizam este trabalho, abordando alguns aspectos sociodemográficos e um pouco das suas histórias de vida. Obviamente, com base nos princípios éticos, todos os nomes aqui atribuídos aos participantes são fictícios, assegurando a preservação de suas identidades.

2.4.1 Dados sociodemográficos dos participantes

Acreditamos que o levantamento sociodemográfico dos participantes seja importante para a caracterização do público entrevistado. Assim, participaram do estudo 16 pessoas de ambos os sexos, que vivem em situação de conjugalidade sorodiscordante. Cinco participantes (três mulheres e dois homens) apresentavam sorologia negativa para HIV/aids e mantinham relação conjugal com parceiro soropositivo. Os demais entrevistados (oito mulheres e três homens) apresentavam sorologia positiva e estavam se relacionando com pessoas de sorologia negativa. Todos residem no Estado de Pernambuco, sendo dois de cidades do interior do Estado e os demais residentes na Região Metropolitana do Recife.

Para uma melhor visualização do perfil dos participantes, optou-se por apresentá-los em dois grupos: o primeiro reúne os dados dos participantes com sorologia positiva para HIV (vide Tabela 5), e o segundo grupo, os entrevistados soronegativos para HIV (vide Tabela 6).

Tabela 5 - Dados sociodemográficos dos participantes com sorologia positiva para HIV

Nome	Idade	Sexo	Etnia	Instrução	Religião	Renda familiar mensal	Estado Civil	Tempo de convívio conjugal
Elma	35	Feminino	Parda	Ens. Fund. Compl.	Evangélica	Até 2 sal. mín.	Casada	9 anos
Mônica	33	Feminino	Branca	Ens. Fund. Compl.	Evangélica	Até 2 sal. mín.	União Estável	1 ano
Célia	34	Feminino	Parda	Ens. Fund. Compl.	Evangélica	Até 2 sal. mín.	União Estável	3 anos
Rosana	41	Feminino	Negra	Ens. Méd. Compl.	Espírita	Até 3 sal. mín.	Casada	3 anos
Joana	34	Feminino	Parda	Não alfabetizada	Sem religião	Até 1 sal. mín.	União Estável	3 anos
Juliana	39	Feminino	Parda	Ens. Méd. Compl.	Evangélica	Até 3 sal. mín.	Casada	3 anos
Maria	36	Feminino	Parda	Ens. Fund. Compl.	Sem religião	Até 4 sal. mín.	União Estável	4 anos
Carla	37	Feminino	Branca	Ens. Méd. Compl.	Católica	Até 2 sal. mín.	União Estável	11 anos
Pedro	46	Masculino	Parda	Ens. Méd. Compl.	Evangélico	Até 2 sal. mín.	União Estável	8 anos
Alberto	39	Masculino	Branca	Ens. Fund. Compl.	Evangélico	Até 2 sal. mín.	Casado	13 anos
Luiz	39	Masculino	Parda	Ens. Fund. Compl.	Evangélico	Até 1 sal. mín.	Casado	15 anos

Dos 11 participantes soropositivos para HIV, oito são do sexo feminino e três do sexo masculino. As idades variaram entre 33 e 46 anos. A designação étnica considerou a autodeclaração dos participantes. Sendo assim, três participantes se reconhecem como branco, uma participante como negra e os demais se autodeclararam pardos. Quanto à religiosidade, a maior parte dos entrevistados afirma ser evangélico, com exceção de um, que diz ser católico, outro afirma ser espírita e dois participantes dizem não se identificar com nenhuma religião.

No que concerne à escolaridade, seis participantes possuíam o ensino fundamental, quatro cursaram o ensino médio (sendo que uma não o concluiu) e uma participante afirmou nunca ter frequentado a escola. Na renda familiar, mostrou-se um dado heterogêneo no grupo, variando entre um e quatro salários-mínimos mensais.

Tabela 6 - Dados sociodemográficos dos participantes com sorologia negativa para HIV

Nome	Idade	Sexo	Etnia	Instrução	Religião	Renda familiar mensal	Estado Civil	Tempo de convívio conjugal
Denise	20	Feminino	Parda	Ens. Méd. Compl.	Evangélica	Até 3 sal. mín.	União Estável	2 anos
Tânia	27	Feminino	Branca	Sup. Compl.	Evangélica	Mais de 4 sal. mín.	União estável	2 anos
Sandra	51	Feminino	Parda	Ens. Méd. Compl.	Evangélica	Até 2 sal. mín.	Casada	13 anos
Ivan	45	Masculino	Parda	Ens. Méd. Compl.	Sem religião	Até 1 sal. mín.	União Estável	3 anos
Valter	51	Masculino	Parda	Ens. Méd. Compl.	Sem religião	Até 4 sal. mín.	União Estável	4 anos

Com relação ao grupo de participantes com sorologia negativa para HIV, participaram três mulheres e dois homens com idades entre 20 e 51 anos. Com relação ao grau de instrução, uma participante afirmou possuir formação superior e os demais participantes, ensino médio completo. Três afirmam ser evangélicos, enquanto que dois dizem não se identificar com nenhuma manifestação religiosa. Quatro dos cinco participantes se autodeclararam pardos, com relação à definição étnica, e apenas uma entrevistada se autodeclarou branca.

A renda mensal familiar variou, havendo participante que vive com um salário-mínimo, até participantes que afirmam receber mais de quatro salários-mínimos, mensalmente. Um participante declarou ser casado no civil e quatro vivem em união estável com seus parceiros.

2.4.2 Os protagonistas e suas histórias

A partir de agora, vamos abordar os protagonistas deste estudo, apresentando um pouco das suas histórias de vida, seus relacionamentos afetivo-sexuais permeados pelo HIV e seus companheiros. É importante enfatizar que, embora todas as entrevistas tenham acontecido de modo individual e que a fala de cada participante seja tomada separadamente

no momento de análise, a história dos casais em que foi possível ouvir ambos os parceiros será narrada de maneira a conjugar o par, por entender que essa escolha enriquece a contextualização de suas narrativas de vida.

Alberto e Sandra

Alberto, 39 anos, se descobriu soropositivo para HIV após uma doação de sangue. Na ocasião, o Hemocentro entrou em contato com ele, solicitou seu comparecimento e o encaminhou para repetir os exames. Segundo o participante, anteriormente ao diagnóstico, tinha parcerias sexuais concomitantes e casuais, época em que ele se refere, dizendo ter vivido uma “vida mundana.” Após saber sobre seu status sorológico, Alberto diz ter mudado radicalmente o estilo de vida, passando a se preocupar mais com a saúde, a se alimentar melhor, fazer exercícios físicos e a frequentar uma igreja evangélica.

Após dois anos do conhecimento da infecção, em um grupo de oração da igreja que frequentava, conheceu Sandra, 51 anos. Alberto e Sandra começaram a namorar e, algum tempo depois, ele decidiu contar sobre a soropositividade. Ele afirma que Sandra foi a primeira e única pessoa com quem falou abertamente sobre o HIV. Sandra, por sua vez, contou que foi surpreendida com a notícia, visto que, por Alberto ser “uma pessoa da igreja,” nunca imaginou que ele pudesse viver com o vírus. A participante afirma que, apesar do estranhamento inicial, não hesitou em apoiar Alberto com muita dedicação, referindo-se ao relacionamento construído por ambos como uma missão atribuída a ela, com propósitos divinos.

O casal está junto há 13 anos, não tem filhos e, na época em que as entrevistas aconteceram, o casal vivenciava alguns conflitos, potencializados pelo fato de Alberto estar desempregado. O fato é que todo usuário do SAE, lócus da pesquisa, possui um cartão em que constam as seguintes informações: nome do serviço, o telefone para agendamento de

consultas, nome e endereço do usuário e um espaço onde são registradas as datas dos atendimentos. Alberto, como usuário do serviço, possui um desses cartões, mas o perdeu, em determinada situação. Algum tempo depois, foi convidado a comparecer ao setor de Recursos Humanos da empresa em que trabalhava. Nesta ocasião, o cartão foi devolvido, sendo informado de que um funcionário o havia encontrado. Este acontecimento afetou profundamente a maneira de Alberto lidar com as suas atividades operacionais, levando-o inicialmente a ser afastado do serviço, com o diagnóstico de depressão e, posteriormente, pedir demissão da empresa.

Essa situação é entendida de maneiras distintas entre Alberto e Sandra. Para Alberto, o fato de o cartão ter sido encontrado por algum dos seus colegas de trabalho fez com que outras pessoas pudessem ficar sabendo da sua condição sorológica, o que tornou o ambiente organizacional insuportável para ele. Alberto afirma que, até a ocorrência da perda do documento, a única pessoa com quem havia compartilhado a sua vivência com HIV foi com a esposa. Por isso, imaginar que outras pessoas pudessem saber do seu segredo, mais bem guardado, foi motivo de intenso sofrimento.

Por outro lado, Sandra diz não compreender a reação do marido, pois em nenhum momento as pessoas com quem ele convivia mudaram a maneira como o tratavam. Além disso, ela afirma não achar justo o fato de ter que lidar constantemente com a situação da soropositividade e “todo o risco” que ela representa, enquanto o companheiro não consegue enfrentar “uma adversidade” no trabalho, conseqüentemente, impondo ao casal sério comprometimento financeiro.

Joana e Ivan

Joana, 34 anos, mãe de duas crianças, se descobriu soropositiva quando ainda era casada com seu primeiro marido, pai dos seus filhos. Por sua vez, Ivan, 45 anos, seu cunhado,

mantinha um relacionamento amoroso e estável com a irmã de Joana.

Após o falecimento do marido de Joana, devido a complicações relacionada à aids, Ivan desfez o relacionamento com a irmã de Joana e iniciou um romance com ela. O novo relacionamento entre Joana e Ivan provocou bastante discórdia entre os familiares. Ao iniciar o relacionamento, Ivan já tinha conhecimento da soropositividade de Joana. Apesar de não coabitar, o casal está junto há três anos.

Maria e Valter

Maria, 36 anos, encontrava-se grávida quando fez a testagem sorológica para HIV, que deu positiva. Na época, ela já mantinha um relacionamento com Valter, 51 anos, pai de sua filha. Ambos estavam juntos no momento em que o exame foi aberto, portanto, descobriram juntos a soropositividade. Imediatamente, ela iniciou o tratamento antirretroviral e Valter realizou a testagem sorológica. Ambos afirmam que o impacto da notícia da sorodiscordância foi suprimido pela preocupação com a criança que estava sendo gerada.

O casal está junto há quatro anos. Valter, anualmente, se submete à testagem sorológica, e sua filha, que no momento em que a entrevista aconteceu estava com 2 anos, recebeu alta médica com sorologia negativa para HIV. Maria afirma ter muita vergonha e evita falar sobre o HIV com o marido. Diz não merecer o carinho e cuidado que ele lhe dedica.

Algumas semanas após estar com Maria, ela entrou em contato com a pesquisadora, pedindo indicação e encaminhamento para realizar acompanhamento psicológico. O desejo da participante foi atendido e ela iniciou o processo terapêutico.

Denise

O encontro com Denise, 20 anos, se deu no dia em que ela recebeu o segundo

resultado da testagem sorológica, que confirmava a negatividade para HIV. Grávida do seu primeiro filho, Denise se dizia aliviada com o resultado e ansiosa para ter a criança.

Logo nos primeiros meses de gestação, Denise e seu companheiro foram convocados por uma agente comunitária de saúde a comparecer ao posto de saúde próximo de sua residência. Lá, na presença de ambos, a médica que os atendeu leu o resultado de um exame realizado pelo companheiro de Denise, indicando soropositividade para HIV. A participante afirma ter ficado confusa com a situação, pois não sabia que o companheiro tinha se submetido a exames médicos. Enquanto seu companheiro chorava copiosamente, a médica explicava para Denise a necessidade e urgência de ela realizar a testagem.

A notícia da soropositividade trouxe diversos conflitos à dinâmica do casal. Denise afirma que passou a ter medo de ter relações sexuais com o parceiro, mas que nunca se sentiu confortável em falar sobre isso com ele. Por isto, passou a evitar e a se esquivar de qualquer investida afetiva do companheiro.

Os conflitos resultaram na separação do casal por alguns meses. Pouco tempo depois, após reatarm o relacionamento, o companheiro de Denise foi preso, pela segunda vez. No momento da entrevista, o casal estava junto há dois anos, Denise se preparava para ter o bebê e seu companheiro ainda se encontrava detido.

Tânia

Tânia, 27 anos, formada em Nutrição, mantém junto com o companheiro um restaurante. O casal compareceu ao serviço em busca de informações sobre os meios mais seguros para engravidar.

O casal se conheceu na empresa onde ambos trabalhavam. Segundo a participante, o início do namoro foi marcado por muitas festas e passeios com amigos, o que a fez perceber que o então namorado evitava ficar sozinho com ela. As atitudes do companheiro provocavam

cada vez mais estranhamento, o que a levou a questioná-lo sobre o relacionamento que estavam construindo. Neste momento, ele decidiu falar que vivia com HIV e que não havia contado antes, por medo da sua reação.

A participante afirma que após a conversa, ao chegar em casa, sua primeira atitude foi realizar uma minuciosa pesquisa na internet sobre o HIV e suas implicações. Posteriormente, pediu para ir a uma consulta com a infectologista que o acompanhava, a quem perguntou sobre as condições de saúde do companheiro e as possibilidades de transmissão. Só, então, sentiu-se confortável para continuar o relacionamento com aquele que hoje é seu marido. O casal que, à época da entrevista completava dois anos de união, se preparava para ter filhos.

O companheiro de Tânia não aceitou participar deste estudo. Ela, por sua vez, concordou em ser entrevistada, mas não autorizou que a conversa fosse gravada. A conversa com Tânia foi registrada manualmente e, após ela ler o que foi escrito, a participante assentiu a utilização dos registros.

Célia

Extremamente magra, com olheiras bem marcadas e cabelo raspado, Célia, 34 anos, chamava a atenção para si todas as vezes que entrava e saía da recepção onde todos aguardavam atendimento. As pessoas naquele ambiente não disfarçavam os entreolhares, a imagem frágil e debilitada de Célia provocava certo incômodo e assustava as pessoas que ali estavam.

A entrevista com Célia teve duração de duas horas e foram feitas poucas intervenções. Ela parecia precisar falar, desejava ser ouvida, e foi dado a ela o tempo necessário, sem censura aos desvios, sem pressa. Ela pôde contar sua história, falou sobre as brigas na escola, quando ainda era adolescente, seu primeiro namorado, os relacionamentos

posteriores, uma vez em que foi presa por fazer propaganda eleitoral em dia de eleição, a prestação de serviço comunitário em um abrigo para idosos, a violência na comunidade onde vive, os conflitos intrafamiliares, as alegrias que o nascimento da filha trouxe, a relação com o atual companheiro e as vivências com o HIV.

Célia traz no corpo as marcas de sua dor, pulsos cortados duas vezes, um atropelamento intencionalmente provocado, que lhe rendeu algumas cicatrizes, e a última tentativa de suicídio que, após tomar uma superdosagem de medicamentos, permaneceu internada durante algumas semanas. No momento da entrevista, Célia estava em acompanhamento psicológico e fazendo uso de antidepressivos.

Para Célia, a descoberta da soropositividade foi um marco na sua história, gatilho para uma série de mudanças. Célia residia em um casebre com o companheiro e seus três filhos, frutos de um relacionamento anterior. Durante a gestação da sua quarta filha, ela se descobriu HIV positiva. Notícia que, segundo ela, foi recebida com muito desespero e acusações direcionadas ao companheiro. Após a testagem de o atual parceiro dar negativa, ela mergulhou em uma depressão profunda.

Por viver em uma comunidade rural de uma pequena cidade pernambucana, a notícia de sua infecção logo se espalhou. Pessoas com quem ela já havia se relacionado sexualmente começaram a procurá-la para proferir acusações e ofensas. A avó paterna das crianças, alegando o melhor interesse dos menores, requereu para si a guarda nos netos. Célia, estando gestante e necessitando de cuidados, mudou-se com o companheiro para a casa dos pais. No entanto, a relação com o pai sempre foi de muito conflito, fato que a fez fugir de casa algumas vezes, quando ainda era adolescente.

A participante conta que durante a primeira conversa que teve com o genitor após saber da soropositividade, antes mesmo de ir residir em sua casa, ele lhe disse preferir “ter uma filha morta, a ter uma filha com essa doença.” Célia, então, foi recebida na casa dos pais

com certo receio e repúdio. Algum tempo depois da mudança, o pai da participante chegou com um caixão, alegando não querer “ser pego de surpresa,” por sua morte.

Na época em que a entrevista foi realizada, a filha de Célia estava com dois anos. Ela residia com os pais, onde mantém seu material de uso pessoal, utensílios domésticos, lençóis e toalhas, todos separados ou marcados com esmalte vermelho. O caixão, devido ao pouco espaço na casa, fica exposto em vertical na sala. Segundo a participante, apesar de sua mãe acompanhá-la nas consultas médicas e cuidar dela, evita manter contato físico.

Célia fala com bastante carinho do companheiro, dizendo não compreender os motivos que o fazem permanecer ao seu lado, mesmo diante de tantas adversidades. Ela conta que o parceiro diz querer contrair o vírus e confidenciou que também nutre esse desejo secretamente. Alega a vontade dele como uma prova de amor e a dela como uma maneira de fazê-lo entender seu sofrimento. Por causa dessa expectativa compartilhada por ambos, ele se submete à testagem sorológica com assiduidade, obtendo repetidos resultados negativos, fato que, segundo a participante, é recebido com frustração.

Rosana

Rosana, 41 anos, trabalha como técnica de Enfermagem e é casada, há 13 anos, com um policial militar. Alegre e espontânea, falava alto e interagiu com as pessoas que aguardavam para ser atendidas. A participante contou durante a entrevista que exercer a maternidade sempre foi um desejo presente em sua vida e que planejou com o marido o momento certo em que iriam engravidar. No entanto, a gravidez acabou representando a desconstrução de uma “vidinha perfeita,” usando as palavras da própria participante.

Assim como outras mulheres entrevistadas, Rosana soube da soropositividade durante a gestação do seu único filho, momento ao qual ela se refere como o “primeiro golpe.” O resultado positivo da testagem sorológica foi recebido com muita angústia e

incredulidade. Imediatamente, a participante acusou o marido de ter relações extraconjugais e passou a acreditar que esta fosse a causa provável da sua infecção. Rosana saiu de casa, voltou a morar com a mãe, certa de que seria o fim do relacionamento. O marido, então, já com os resultados dos exames que atestavam a sua soronegatividade, a procurou e pediu que retomassem a relação. A participante diz ter se sentido envergonhada e confusa durante um longo período enquanto tentavam retomar a sintonia do casal.

Algumas semanas após este conflito, veio o que a participante denomina do “segundo golpe.” Durante uma ultrassonografia, foi informada de que o feto era anencefálico. Os médicos revelaram que, diante das características da sua gestação, dificilmente a criança sobreviveria ao parto, e indicaram o aborto como uma opção a ser considerada. Rosana, durante a entrevista, conta esta história com voz embargada, afirmando que ainda não tinha assimilado o fato de ser soropositiva, já deveria decidir sobre a interrupção ou não de sua gestação. A participante, fazendo muitas referências à espiritualidade e às suas crenças, disse ter decidido prosseguir com a gestação, que se estendeu até os nove meses. A criança nasceu apresentando graves problemas de saúde, mas, contrariando o diagnóstico e prognóstico médico, nasceu com hidrocefalia e mielomeningocele, sobrevivendo a alguns procedimentos médicos.

Hoje, Rosana diz ter no filho de 10 anos uma grande companhia e fala da criança como fonte de motivação para superar as adversidades que a vida lhe apresenta. A participante se mantém casada, mas diz ainda se envergonhar e não entender como foi infectada pelo HIV. As histórias da descoberta da soropositividade, a gestação, a sugestão de realizar um aborto, a separação temporária do marido e o nascimento do filho se entremearam na fala emocionada da participante durante toda a entrevista.

Pedro

Pedro ficou sabendo sobre o estudo que estava sendo desenvolvido através de uma amiga em comum com a pesquisadora e se voluntariou para participar. Ele tem 46 anos de idade, recebe Benefício de Prestação Continuada (BPC) devido à soropositividade, reside em uma cidade do interior do Estado de Pernambuco e é líder comunitário do bairro onde mora. Ao contrário dos outros participantes, Pedro não esconde o fato de viver com HIV e usa sua condição sorológica como exemplo em palestras sobre sexualidade ministradas em escolas.

Pedro conta que nunca se preocupou em fazer uso de preservativo em suas relações sexuais, mas não se incomodava de utilizar, caso a pessoa que estivesse com ele solicitasse. Comportamento que não foi alterado após se reconhecer soropositivo. Afirmo ainda que todas as pessoas com quem se relacionou tiveram conhecimento do seu status sorológico.

O participante é casado há oito anos e tem duas filhas, fruto deste casamento. Sobre o seu relacionamento, Pedro conta que, desde o início, o casal optou por não utilizar preservativo, fazendo uso de pílula como método contraceptivo e adesão ao TARV, como forma de diminuir as possibilidades de infecção. No entanto, no momento em que a entrevista aconteceu, o participante afirmou não fazer uso de ARV há mais de um ano. Ele alega que para ter acesso ao medicamento tem que se deslocar para outro município e que a condição financeira o impede de custear a viagem. Ele afirma que, apesar de não usarem o preservativo, sua esposa tem medo de se infectar, por isto se submete à testagem sorológica semestralmente.

Juliana

A auxiliar administrativa, de 39 anos, descobriu a soropositividade após uma doação de sangue. Na época, residia com a mãe e os seus dois filhos. Juliana conta que a notícia foi algo bastante devastador e que precisou do apoio dos familiares, para superar a situação. No

entanto, os dois filhos da participante não sabem sobre o status sorológico dela.

Juliana disse que, após se reconhecer como alguém que vive com HIV, se fechou para qualquer possibilidade de relacionamento afetivo-sexual. Ela acreditava que nunca iria encontrar alguém que a acolhesse como parceira, sabendo da sua soropositividade, e que jamais iniciaria um relacionamento com alguém sem antes lhe contar isso. Neste sentido, quando conheceu o seu atual marido e percebeu o seu interesse em iniciar um relacionamento, logo se afastou. No entanto, ele insistiu com os galanteios e ela se sentiu obrigada a revelar o seu segredo, o que ele recebeu com muita serenidade. Ambos iniciaram um namoro e oficializaram a união há três anos.

Juliana diz se sentir muito insegura na relação, sempre com receio de que ele se canse dela e procure outra pessoa “mais saudável.” Diz que, embora tome todas as medidas cabíveis para evitar a infecção do parceiro, muitas vezes pensa que seria melhor que ele também fosse soropositivo. O HIV não faz parte das conversas do casal e a participante faz uso de diversas estratégias para que a soropositividade não seja lembrada na dinâmica conjugal, como, por exemplo, deixar a medicação da qual faz uso diário na casa da mãe. A participante diz amar muito o parceiro e se sentir feliz com o relacionamento. Afirma, no entanto, se sentir solitária com relação à infecção pelo HIV.

Luiz

Luiz perdeu os pais ainda criança, por isto cresceu em uma casa de acolhimento administrada por freiras. Após atingir a maioridade, com a ajuda financeira de um amigo e em busca de melhores oportunidades de trabalho, mudou-se para o Rio de Janeiro (RJ). Nesta nova cidade, suas expectativas foram frustradas. Sozinho e sem apoio, passou a dormir nas ruas e, posteriormente, a fazer uso de drogas. Quatro anos depois, com o auxílio de instituições sociais, ele conseguiu retornar ao Recife.

De volta à cidade natal, Luiz recorreu à casa de acolhimento em que havia crescido. Começou, então, a ajudar nos cuidados com as crianças e a executar serviços gerais em troca de abrigo e uma pequena gratificação em dinheiro. Neste local, conheceu aquela que hoje é sua esposa, que na época era funcionária da instituição.

Casado há 15 anos, Luiz se descobriu soropositivo há pouco mais de dois anos. Ele se submeteu à testagem sorológica após um médico, desconfiando diante de persistentes dermatites, sugerir o exame. A notícia provocou alterações na dinâmica conjugal, que, até o momento em que foi realizada a entrevista, permaneciam.

O participante conta que, por mais que tente convencer a esposa de que é provável que ele já fosse soropositivo quando se casaram, ela permanece acusando-o de tê-la traído e de não a ter respeitado. Diz que desde o momento em que revelou a sorologia, o casal dorme em quartos separados e que nas poucas vezes em que tentaram ter relações sexuais esbarraram no medo e na insegurança, ocasionados pela presença do vírus. Além disso, Luiz afirma que sempre que discutem por algum motivo, o assunto do HIV vem à tona.

No final da entrevista, antes mesmo que a pesquisadora perguntasse sobre a possibilidade de ter sua companheira como participante do estudo, Luiz sugeriu que seria bom que ambas conversassem. Ele afirmou que sua esposa poderia se sentir mais confortável em falar com uma psicóloga que não fosse diretamente ligada à instituição de saúde que o acompanhava. No entanto, nas duas vezes em que o encontro foi agendado, o casal não compareceu ao local.

Elma

Elma tem 35 anos, é mãe de duas crianças, sendo a primeira de seu primeiro casamento, e se encontrava gestante do seu terceiro filho, quando a entrevista foi realizada.

Quando o seu primeiro marido adoeceu e teve que ser hospitalizado, Elma não tinha

conhecimento de que ele sofria com complicações ocasionadas pela aids. A participante afirma que, apesar de ter permanecido ao seu lado até seu falecimento, em nenhum momento desconfiou que o marido tivesse sido acometido por esta doença, tampouco foi informada por nenhum profissional de saúde. Ela conta que, após o velório do marido, sua sogra foi quem lhe comunicou sobre a situação e lhe explicou sobre a necessidade de ela e o filho do casal fazerem a testagem sorológica. Depois de receber o resultado positivo, Elma diz não ter compartilhado a notícia com ninguém.

Passou muitos anos evitando qualquer tipo de relacionamento afetivo-sexual, pois se sentia “suja e repugnante.” Foi quando se apaixonou por seu atual marido. A participante caracteriza o seu sentimento por ele como algo tão forte que o sofrimento provocado, por não lhe dizer a verdade, e que a impedia de vivenciar um relacionamento, passou a ser maior que o receio de perdê-lo, caso falasse sobre a soropositividade.

Os dois só começaram a se envolver sexualmente depois de ela expor sua sorologia para HIV. No momento em que a entrevista foi realizada, eles completavam nove anos juntos. A relação teve como fruto uma criança e Elma se encontrava gestante do segundo filho do casal.

Mônica

Mônica tem 33 anos e é beneficiária do BPC, devido à soropositividade para HIV. Ela esteve em um relacionamento estável durante muitos anos, tendo três filhos com este ex-companheiro. Através de uma ligação da ex-esposa do seu cônjuge, ficou sabendo que ele era HIV positivo. A notícia implicou diversos conflitos, acusações, brigas e até agressão entre o casal. Mônica saiu de casa com os filhos e depois que descobriu que também era soropositiva para HIV rompeu o contato com o seu ex-companheiro, impedindo, inclusive, que as crianças vissem o pai.

A participante conta que permaneceu mantendo a soropositividade em sigilo durante muito tempo e que retirava os rótulos dos medicamentos para impedir que alguém reconhecesse a sua indicação. Até o dia em que sua irmã, desconfiada da quantidade de remédios que Mônica tomava, encontrou em suas coisas uma prescrição médica e depois de uma pesquisa sobre as informações, ali contidas, concluiu que a irmã vivia com HIV. Mônica conta que apesar dos apelos para que o seu segredo fosse resguardado, logo todos os seus familiares estavam sabendo e, posteriormente, a vizinhança.

Incomodada com os olhares e comentários que passou a ouvir, Mônica acabou indo residir longe da família, momento em que a participante descreve como a “oportunidade de recomeçar.” Ela começou a namorar e estava decidida a não revelar a seu novo parceiro sua sorologia positiva. No entanto, ao apresentar o rapaz a seus familiares, estes o questionaram sobre o que pensava a respeito do fato de Mônica viver com HIV. A participante afirma que, embora considere o posicionamento dos seus familiares bastante invasivo e desrespeitoso, a situação acabou favorecendo ao casal construir um relacionamento mais “honesto e transparente.”

No momento em que a entrevista aconteceu, o casal estava junto há um ano e quatro meses e pensava morar juntos. Mônica, em sua narrativa, afirma que o parceiro nunca teve nenhum comportamento que apontasse insegurança ou receio, com relação à diferença sorológica, e que ele é quem a alerta para prestar mais atenção com a alimentação e com o horário das medicações.

Carla

Carla, assim como a maior parte das participantes, também se descobriu soropositiva durante a gestação do seu único filho. Ela conta que durante muito tempo trabalhou com música e que o universo artístico lhe proporcionou uma vida de “muitas aventuras sexuais” e

uso de drogas. Diz que, embora o seu companheiro também fosse do ramo musical, quando começaram a se relacionar, ela passou a “ter uma vida mais certinha.”

A participante fala com voz embargada e olhar triste. Em alguns momentos, ela chora, ao relatar as mudanças ocorridas na dinâmica conjugal, após a constatação da sorodiscordância. Segundo Carla, o roteiro sexual do casal foi totalmente alterado, visto que seu companheiro faz questão de seguir todas as orientações de prevenção. Mas, o principal incômodo da participante diz respeito ao fato de o companheiro se recusar a beijá-la, fato que a faz questionar o sentimento que ele nutre com relação a ela.

Toda a narrativa da participante é marcada por muito pesar. Diversas vezes, durante a entrevista, ela se diz culpada ou estar pagando o preço pelas escolhas que fez em sua vida. Com relação ao companheiro, ora diz entender as precauções que ele toma e que suas atitudes são apenas reflexo do cuidado que tem para consigo, ora diz achar que ele sente “nojo” dela e que não a ama.

A participante afirma se sentir muito solitária e que todas as suas inseguranças sobre o relacionamento são guardadas para si. No momento em que a entrevista aconteceu, nenhum dos dois trabalhava mais como músico. Ela atuava como diarista e ele, como vendedor. Eles haviam completado 11 anos juntos.

2.5 Procedimento de análise dos dados

Trabalhar dentro de uma perspectiva foucaultiana exige nos desfazermos dos moldes do pensamento moderno e considerar como método as indagações sobre a realidade, adotando estratégias analíticas de compreensão. A questão é entender aquilo que foi permitido ser expresso e perceber as relações estabelecidas entre o que foi dito e o jogo de poder que se manifesta nos discursos (Jeronymo, 2005).

É nesse sentido que tomamos a analítica discursiva, de inspiração foucaultiana, como

principal estratégia de análise utilizada neste estudo. No entanto, consideramos que Foucault nunca propôs um método de análise do discurso. Segundo Silva e Silva (2012, p. 04), “seus pensamentos foram tecidos por teóricos da linguagem até se chegar ao que hoje comumente é chamado de análise do discurso foucaultiana.” A escolha por este procedimento de análise se deu, sobretudo, pelo entendimento que fazemos de discurso enquanto condição de possibilidade, não como uma expressão de uma ideia ou como mera linguagem.

Sobre o discurso, Foucault (1986, p. 56) reflete que é importante:

[...] não mais tratar os discursos como conjunto de signos (elementos significantes que remetem a conteúdos ou a representações), mas como práticas que formam sistematicamente os objetos de que falam. Certamente os discursos são feitos de signos; mas o que fazem é mais que utilizar esses signos para designar coisas. É esse mais que os torna irredutíveis à língua e ao ato de fala. É esse “mais” que é preciso fazer aparecer e que preciso descrever.

O discurso, então, transcende o campo da fala, pois, ao ser produzido, coloca em funcionamento relações de poder/saber, processos de subjetivação e movimentos de resistência. Para Foucault (1986, p. 135), pode ser chamado de discurso todo “conjunto de enunciados que se apoiem na formação discursiva,” definindo enunciado como “um acontecimento, que nem a língua nem o sentido podem esgotar inteiramente” (p.32). O enunciado atribui uma função de existência ao discurso, um acontecimento que emerge num determinado tempo e espaço.

Segundo Fisher (2001), esta função, relacionada ao enunciado, caracteriza-se por quatro elementos básicos: uma referência a algo, que identificamos; um sujeito que pode efetivamente afirmar o que se diz; um campo associado (fazer correlação com outros enunciados) e uma materialidade específica, que o torna passível de repetição ou reprodução. Tomando estas características como referência, entendemos que descrever um enunciado seria tencionar os elementos da sua função enunciativa, questionando o conjunto de regras que definem o que pode e deve ser dito, a quem é permitido falar e o lugar de que se fala.

Considera-se, então, que os enunciados existem dentro de uma formação discursiva, ou seja, estão sempre relacionados com determinados campos de saber, e é justamente esta formação discursiva que atribui ao emaranhado de enunciados certa organização e sentido. Ao falar de formação discursiva, Foucault (1986, p 82) afirma que ela compreende:

[...] um feixe complexo de relações que funcionam como regra: ele prescreve o que deve ser correlacionado em uma prática discursiva, para que esta se refira a tal ou qual objeto, para que empregue tal ou qual enunciação, para que utilize tal conceito, para que organize tal ou qual estratégia. Definir em sua individualidade singular um sistema de formação é, assim, caracterizar um discurso ou um grupo de enunciados pela regularidade de uma prática.

A formação discursiva, então, funciona dentro de certo regime de verdade, no sentido de que faz circular discursos que obedecem a um conjunto de regras historicamente construídas, atreladas à dinâmica de saber e poder em um determinado tempo e espaço.

Para Fisher (2001), promover uma analítica discursiva seria justamente dar conta das relações históricas, das práticas discursivas e dos jogos de verdade. A análise, nesta perspectiva, deve evidenciar as relações existentes entre os acontecimentos discursivos e as regras que definem as condições de existência dos discursos. Para isso, o pesquisador deve abrir mão de interpretações fáceis e de buscar um sentido oculto nos enunciados, mas atentar-se às condições sócio-históricas que possibilitaram a construção do objeto do estudo.

Desta maneira, o significado não estaria escondido nas coisas e o ler não significa desvelá-lo. Ele é construído dentro de um conjunto de relações que se estabelecem entre o que observa e o que é observado. Tomando esta acepção de significado, podemos entender a análise como um processo em que se busca desvencilhar as relações existentes entre os enunciados, as práticas discursivas e não discursivas (Veiga-Neto, 2007). É neste sentido que a análise aqui proposta não se restringe ao campo da fala, tampouco se limita a encontrar um sentido único e generalizado nas narrativas dos participantes. Buscamos tencionar as práticas discursivas e não discursivas no contexto situacional em que elas emergem.

3 Descoberta e revelação da soropositividade: a entrada do vírus na vida a dois

Iniciamos esta reflexão com a narrativa de uma situação vivenciada pela pesquisadora, durante a construção de dados. A história aqui contada será entremeada por recortes dos registros realizados no Diário de Campo, a fim de comunicar as reflexões e inquietações potencializadas pela experiência.

Durante o percurso de construção de dados, estabeleceu-se certa rotina em que a pesquisadora, ao chegar ao SAE, lócus do estudo, permanecia na recepção, aguardando a indicação de algum participante em potencial. A pesquisadora se misturava aos usuários do serviço que esperavam para ser atendidos por algumas das especialidades de saúde. Esta experiência foi bastante enriquecedora, por propiciar uma percepção mais próxima da dinâmica do serviço e o compartilhamento de vivências com as pessoas que ali estavam.

Parece que na recepção, as pessoas se sentem mais confortáveis em compartilhar suas histórias. As pessoas puxam conversa, falam sobre suas vidas abertamente, falam sobre o serviço ofertado pelo SAE, sem a necessidade de procurar as palavras certas ou usar termos técnicos. Na recepção, não há a preocupação de serem politicamente corretas. As conversas informais são de uma riqueza pura, sem interdições. A sensação é de que na recepção, elas se sentem acolhidas (Diário de Campo).

De fato, Lago, Maksud e Gonçalves, (2013) já haviam apontado a riqueza contida nas conversas que surgem na sala de espera e como elas devem ser valorizadas pelos profissionais atentos. Os usuários que ali estão reconhecem no outro um igual, aquele que possivelmente tem experiências semelhantes. Neste sentido, estar na recepção e ser confundida com uma usuária comum do serviço se caracterizou como uma estratégia positiva, um privilégio.

No entanto, o encontro com uma pessoa conhecida de outro contexto da vida pessoal da pesquisadora provocou um verdadeiro desconforto. Assim que ela chegou à recepção,

percebeu a presença dele, que aguardava atendimento. Imediatamente, a pesquisadora foi tomada pela sensação de surpresa, curiosidade e inquietude. A experiência de ser confundida com o público ali assistido, que até então era entendida como algo estimulante, passou a provocar um incômodo bastante peculiar, que foi registrado posteriormente no Diário de Campo:

Ele me percebeu ali e também parecia incomodado com a minha presença. Eu não sabia como agir, mexia no meu caderno, olhava alguma coisa no celular, comecei a ler minhas anotações anteriores. Não percebi na hora, mas as minhas atitudes eram uma tentativa de me diferenciar dos outros, algo que chamasse a atenção para o fato de que eu não estava ali esperando atendimento, não era uma paciente, eu ocupava um lugar diferente. Pensei em ir falar com ele, mas só nos conhecemos por frequentar o mesmo ambiente, não somos amigos. Além disso, o que dizer? “Olha, entre nós dois, você é o doente, eu sou a pesquisadora!?” Torci para que alguém me chamasse, alguma médica ou enfermeira dissesse meu nome, dando a entender que eu estava ali para fins específicos, não como usuária do serviço.

A reprodução do trecho do diário, sem censuras e sem recortes, representa um risco, pois expõe toda a fragilidade e preconceito da pesquisadora diante do seu campo de estudo, além de apontar para a desconstrução do mito da neutralidade científica. O fato é que esta experiência provocou muitas inquietações e suscitou reflexões, que perpassaram toda a construção posterior do trabalho.

Fiquei envergonhada com tudo o que aconteceu, vergonha de mim, da minha atitude, dos meus sentimentos. Como eu posso acolher as pessoas, se coloco uma barreira me diferenciando delas? O lugar de pesquisadora representa uma proteção, quando fui retirada deste lugar me senti ameaçada, totalmente vulnerável. A sensação é que ao me esforçar para acolher as pessoas e todos os sentimentos que afloram nos nossos encontros, estou sendo um pouco hipócrita, no sentido de assumir uma postura do tipo: “eu te entendo, desde que não seja comigo” (Diário de Campo).

Esta experiência motivou indagações, forçou a pesquisadora a olhar para si, ressignificando a postura adotada, enquanto investigadora e psicóloga. Embora sempre tenha havido respeito e disponibilidade para acolher os colaboradores e as vivências narradas, a afetação comunicada pelo Diário de Campo aponta para um posicionamento não neutro, por parte da observadora, o que contribuiu para a construção de uma postura ainda mais disponível no acolhimento daqueles que protagonizam este estudo.

Optamos por iniciar nossas discussões com a narrativa dessa história, por acreditar que ela encaminha diversas reflexões sobre a marca que o HIV/aids ainda imprime sobre os sujeitos e que, de certa maneira, atravessa as falas que aqui serão trabalhadas. A pesquisadora, enquanto sujeito de um tempo, também é atravessada por tramas discursivas que a fazem pensar, sentir e agir de determinadas maneiras. Sendo assim, a experiência narrada, a partir do Diário de Campo, aponta para uma intensa mobilização que comunica o sujeito da aids, construído e marcado por estigmas, discriminação e normatizações.

Pensando o discurso como ideias que circulam e tornam possível atribuir inteligibilidade àquilo que se nomeia, podemos entendê-lo como um conjunto de saberes, que aos poucos produz verdades ou regimes de verdade. Como bem colocou Foucault (1999, p.49), “o discurso nada mais é do que a reverberação de uma verdade nascendo diante de seus próprios olhos.”

Com base nessa compreensão e considerando a marca estigmatizante que o HIV carrega, herança do cenário que se apresentou durante as décadas de 1980 e 90, percebemos que aids atua como um discurso que agencia subjetivações e constrói modos de ser sujeito. Cria-se o sujeito da aids, aquele cuja identidade social é considerada desviante à norma: o traidor ou polígamo, homossexual, usuário de drogas, promíscuo, entre outros (Pelúcio & Miskolci, 2009; Lima, 2015). O que nos leva a questionar: considerando os regimes de verdade que agenciam processos de subjetivação, como as pessoas vivenciam a descoberta e/ou revelação da soropositividade para HIV?

Diante dessa inquietação e tendo em vista a lógica das relações afetivo-sexuais, cabe pensar sobre como o acometimento pelo HIV repercute no processo de construção dos sujeitos e em seus relacionamentos afetivo-sexuais. Neste sentido, a partir das narrativas dos participantes, buscaremos discorrer sobre os discursos que circulam sobre o HIV e a maneira

como se deu a entrada do vírus na vida a dois, de modo a compreender a vivência da descoberta da soropositividade e o impacto da sua revelação no contexto conjugal.

3.1 A soropositividade e o entendimento do vírus

A postulação dos infames grupos de risco, no início dos anos 1980, e os discursos circulantes em torno da síndrome atribuíram à aids o sentido de doença dos marginalizados, provocando discriminação e exclusão, além de promover um distanciamento ilusório por parte dos demais membros da população, cujas práticas “normais” não os tornariam propensos a serem acometidos pelo vírus.

Dentro desta perspectiva, Juliana (39 anos, soropositiva), auxiliar administrativa, diz muitas vezes duvidar de sua condição sorológica, por não se comportar como alguém que estaria exposta a uma possível infecção. Ela afirma não aceitar a soropositividade por não ter “procurado a doença,” colocando o que considera como um comportamento de exposição ao vírus:

Se eu fosse uma prostituta, se eu vivesse nesses cabarés que: “vou lá procurar homem,” chegasse lá, bebesse, enchesse a cara e saísse com um e com outro; aí, “eu procurei,” né? Se eu me drogasse, se eu usasse a mesma seringa com outras pessoas pra me drogar; “eu procurei.” Se eu fosse fazer uma tatuagem que, chegasse lá em qualquer lugar; “eu procurei.” [...] Mas, eu não procurei!

Na narrativa de Juliana, ela conta que antes de realizar a testagem sorológica, só havia se relacionado com duas pessoas em sua vida. O primeiro relacionamento afetivo se deu quando ainda era adolescente, o que caracteriza como um “namorico inocente;” o segundo relacionamento afetivo-sexual foi estabelecido com seu primeiro marido, com quem teve dois filhos, e permaneceu fiel até o dia da separação. Por viver uma vida sem o que considera excessos, Juliana diz não se reconhecer como alguém que vive com HIV e não compreender como a infecção aconteceu.

A fala de Juliana aponta para um dispositivo que oferece ou impõe as condições de ser sujeito. A aids, enquanto discurso, traz a dimensão dos comportamentos transbordantes ou excessivos, ao colocar o sujeito no lugar de quem, por exemplo, faz sexo errado ou não tem controle sobre o uso de drogas. A aids cria a ideia de uma doença dos “corpos abjetos” (Butler, 2003), daqueles que por se desviar das normas se colocariam em situações de perigo. Nessa lógica de pensamento, os corpos abjetos, marginalizados e descartados pela sociedade, pagam o preço de não se adequar às normas. A esses, todo castigo é pouco, pois desafiam a inteligibilidade daquilo que pode ser nomeado. Partindo deste princípio, podemos entender como a associação do acometimento pelo HIV, com comportamentos desviantes, muitas vezes é entendida como uma punição merecida para os transgressores.

Mantendo-se o mesmo posicionamento que foi apresentado pela fala de Juliana, mas se colocando de maneira oposta a ela, Carla (37 anos, soropositiva) reforça a ideia de estar “pagando um preço” por comportamentos pregressos, sendo “merecedora” da soropositividade.

Eu sempre fui danadinha. [...] Assim: eu usava drogas, saía com qualquer pessoa. Eu nunca me prostituí, não! Mas, saía com qualquer um sem nem conhecer direito. Agora, estou pagando o preço.

O HIV, associado às identidades transgressoras, e a aids, como doença dos corpos abjetos, repercutem na construção dos sujeitos, seja por não se reconhecer, como sujeito que vive com o vírus, ou por se reconhecer, como sujeito que faz jus às mazelas do mundo. Obviamente, os processos de subjetivação não são universais e não podemos promover uma generalização sobre a vivência de se descobrir infectado pelo HIV. No entanto, estes dois discursos, polarizados entre ser ou não ser merecedor da infecção, foram recorrentes entre as pessoas entrevistadas. Experiência que pode ser compreendida nos recortes das falas de Rosana (41 anos, soropositiva), que diz não entender em qual momento foi exposta ao vírus,

já que faz uso de um “sexo correto” e uma vida sem desvios normativos, o que lhe resta pensar em um acidente ocupacional:

Eu não entendo como eu posso ter essa doença. Fico pensando: será que aconteceu algum acidente no trabalho e eu não percebi? [A participante trabalha como técnica em Enfermagem] Tem dias que eu acordo, olho no espelho e penso: isso é mentira; eu não tenho isso não; tem alguma coisa errada nos exames. Eu não entendo.

E na narrativa de Pedro (46 anos, soropositivo), que entende a soropositividade como um castigo atribuído pelos “excessos” cometidos, ao longo de sua juventude:

Se eu disser que eu era um santo, vou tá mentindo pra senhora. Eu vivia de muita farrá. No tempo de São Paulo [referindo-se a um período em que morou na cidade de São Paulo], num tinha um dia que eu não fosse farrear. Tá aqui o meu castigo, como a senhora pode ver.

Partindo da ideia de estética da existência como a maneira como o indivíduo se relaciona com o conjunto de regras e de valores sociais determinados, podemos entender que os modos de sujeição ou de assujeitamento são preponderantes na significação do vírus na vida dos participantes. Os estilos de vida anteriores ao diagnóstico parecem indicar o entendimento dessa marca impressa no corpo. Pois, segundo o que é colocado por Lima (2015, p. 83), “viver do jeito que se quer tem seu preço e a epidemia da morte cobra o seu. A vida mal gerida que tem como consequência a Aids. A sexualidade excessiva que cobra o seu preço das vidas ditas desviantes e transgressoras.”

A notícia de acometimento pelo HIV é recebida como algo dilacerante, devastador: “jogou a bomba,” “meu chão abriu,” “tudo desmoronou,” “fiquei destruída.” Sontag (1989) aponta estas reações como metáforas bélicas que evidenciam o início de uma luta contra um vírus invasor, a doença como metáfora. No entanto, o perigo contido nestas expressões que denotam combate é que, a depender das constelações discursivas que se apropriam delas, pode-se converter a ideia de uma batalha contra o vírus a uma campanha de guerra contra pessoas vivendo com HIV.

Trava-se um embate entre a doença e a saúde, o corpo são e o enfermo, a sexualidade contida e a transbordante, o estilo de vida regulado e o transgressor. Os discursos sobre a soropositividade transitam em regiões fronteiriças, não existindo espaço no entre, nem relativização entre as polaridades. É nesta perspectiva que as estratégias de resposta ao vírus criam um discurso imperativo de regulação dos corpos e das sexualidades, “efetuando-se em campanhas que visam as mudanças de comportamento e a incorporação de práticas disciplinadoras” (Pelúcio & Miskolci, 2009, p.129).

[...] a sexualidade, quando é indisciplinada e irregular, tem sempre duas ordens de efeitos: um sobre o corpo, sobre o corpo indisciplinado que é imediatamente punido por todas as doenças individuais que o devasso sexual atrai sobre si. [...] Mas, ao mesmo tempo, uma sexualidade devassa, pervertida, etc., tem efeitos no plano da população, uma vez que se supõe que aquele que foi devasso sexualmente tem uma hereditariedade, uma descendência que, ela também, vai ser perturbada, e isso durante gerações e gerações, na sétima geração, na sétima da sétima. (Foucault, 2005, p. 301).

O discurso médico-científico, então, ganha centralidade, instrumentando o poder que se efetiva sobre a administração dos corpos e a gestão da vida, o que Foucault denomina de biopoder. O biopoder se ocupa de conhecer, ordenar e controlar a vida, articulando-se com dispositivos políticos que reúnem estratégias organizadas de exame e regularidade dos corpos e das práticas sexuais, a biopolítica (Foucault, 2005). Os dispositivos de biopoder e biopolítica, através do discurso da epidemia da aids, reiteram ideias de práticas seguras e invólucro protetor associadas a comportamentos subjugados as normativas sociais. Cria-se a necessidade de tornar os corpos dóceis e se atribui ao sujeito a responsabilidade sobre si e suas condutas.

A história de Juliana (39 anos, soropositiva) nos direciona a estas reflexões. O descobrir-se soropositiva alterou a rotina de cuidados com a sua saúde e a maneira como se relaciona com o próprio corpo, agenciando comportamentos acentuados pelos atravessamentos discursivos que constroem a sua percepção sobre a realidade da infecção. A colaboradora afirma que, apesar de ter ciência sobre o seu status sorológico, prefere não

manter aproximação com pessoas que também tenham sorologia positiva. Além disso, Juliana resguarda uma imagem da infecção associada a figuras extremamente magras e com lesões na pele.

Quando eu vejo uma pessoa magra, bem magrinha, com cara de doente, eu já penso: “esse aí tem.” Aí, já não chego perto. Fico olhando assim... Eu sempre fui desse jeito, não é porque agora eu tenho, que vou ficar perto de gente assim. Porque... assim... eu não sei como peguei, mas tem muita gente que sabe. As pessoas sabem... a maioria, né? A maioria faz por onde pegar. Quem procura, sabe como pegou. Eu sei que isso é preconceito, mas prefiro evitar, não quero essas pessoas perto de mim. [...] Mas, aí, vem a paranoia. A gente fica meio paranoica, qualquer coisinha a gente já fica assustada. Se eu pego uma gripe, eu penso: “já é a doença.” Qualquer feridinha que aparece... Veja, eu me peso todo dia, quando eu vejo que perdi peso, emagreci, pode ser pouquinho coisa, já vou pra cozinha e como. Deus me livre ficar daquele jeito... magrinha... cheia de ferida!

Embora reconheça a discriminação e o preconceito contidos na sua fala, a participante diz preferir manter distância de pessoas que, segundo ela, foram coniventes com sua própria infecção, ao sucumbir a atos subversivos. Além disso, a narrativa de Juliana expõe uma rotina constante de policiamento e controle sobre o próprio corpo. O medo que sua imagem física corresponda ao estereótipo que construiu sobre uma pessoa acometida pelo HIV a preocupa e a faz permanecer em constante vigilância sobre qualquer indício de emagrecimento, mesmo que visivelmente apresente um sobrepeso.

Diante do posicionamento de Juliana, é interessante pensar que, se os indicativos clínicos que apontam para a baixa imunológica, ocasionada pelo vírus, são verificados através de testes de contagem de células, estes só são observáveis através de uma prescrição médica, um exame laboratorial e uma lacuna temporal entre um resultado e outro. As estratégias desenvolvidas por Juliana, ao se manter sempre vigilante com o seu peso, e o aspecto da sua epiderme, parecem apontar para uma necessidade de transformar o controle sobre sua infecção em algo perceptível aos olhos, tátil, cotidiano. Além disso, se a participante afirma não ter “procurado” a infecção e mesmo assim ter sido acometida pelo vírus, esta paranoia, a qual se refere, faz se valer de meios para que não cometa novas “negligências” com sua vida.

Para além da forma de lidar com sua própria infecção, a fala de Juliana evidencia o contexto de discriminação em que pessoas que vivem com HIV estão inseridas. A participante, mesmo tendo sorologia positiva ao vírus, diz se manter distante daqueles que, no seu entendimento, estão doentes, ou que podem ter procurado a infecção. O que não se caracteriza, necessariamente, como um comportamento incomum, se pensarmos nos diversos níveis de exclusão e violência a qual alguns grupos sociais estão constantemente expostos.

É nesse sentido que Daniel e Parker (1991), no início dos anos 1990, postularam a existência de três epidemias distintas: a epidemia do HIV, a epidemia da aids e a epidemia de estigma e discriminação. A ideia da existência de três epidemias é sustentada pelo argumento de que o HIV/aids é um fenômeno complexo, de implicações sociais, que não pode ser reduzido ao acometimento biológico ou definições epidemiológicas. A primeira epidemia é a do HIV, cuja ação silenciosa concentra a maioria dos recursos e tecnologias na área da prevenção. A segunda epidemia é a da aids, quando a infecção fica mais visível. A terceira epidemia, colocada pelos autores como a mais perigosa, é a da resposta social, que se alicerça, geralmente, sobre moralidade e preconceito. Esta, não menos devastadora que as duas primeiras, se apropria da realidade biológica do vírus e cria respostas historicamente negativas de estigmas e exclusão.

Célia (34 anos, soropositiva) traz no corpo as marcas da dor provocadas por esta epidemia estigmatizante. A notícia da soropositividade desencadeou uma série de perdas em sua vida: perdeu o direito de andar despreocupada por sua comunidade, a afetividade da mãe, a guarda dos três filhos, o casebre em que residia e a vontade de viver. É claro que a história de Célia não pode ser isolada do seu contexto social. Ela reside em uma comunidade rural de uma pequena cidade pernambucana. Ao que parece, a comunidade é extremamente desamparada pelo poder público, o que exige que os moradores se desloquem para comunidades adjacentes para ir à escola, posto de saúde ou em busca de policiamento. De

todo modo, Célia se constrói dentro de um cenário que evidencia diversos atos de violência, seja uma violência escancarada, como atos de agressão física, seja uma violência simbólica ou velada, como ter que conviver com uma urna funerária na sala de casa. O recorte da narrativa de Célia anuncia o peso da realidade que lhe foi construída:

Ninguém me deixa em paz, eu não tenho sossego. É aquele olhando troncho pra mim, um fuxicando alí. E olhe que agora as coisas tão melhor, porque no começo eu tinha medo de ser morta, a senhora acredita? Aí, eu prefiro ficar em casa. [...] A casa me sufoca. Parece que eu sou um bicho venenoso. Até quando eu estou com minha filha, assim, fazendo carinho, vem minha mãe e diz: “Célia, tem cuidado com essa menina.” Mas, nem com a minha filha? Nem dela, eu posso chegar perto?

Embora a hipótese da terceira epidemia tenha sido construída no início dos anos 1990, quando a imagem dos grupos de risco ainda se mantinha evidente nos discursos circulantes em torno do HIV, o boletim da Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (Abia, 2015) vem reafirmar que ela nunca deixou de ser um obstáculo na resposta ao HIV. A terceira epidemia não representa a propagação de um vírus biológico, apesar de favorecê-la. Mas, segundo Daniel e Parker (1991), faz se multiplicar um “vírus ideológico,” capaz de promover exclusões e criar contextos de vulnerabilidade.

Percebe-se que os atravessamentos discursivos, que se articulam sobre o contexto do HIV, incidem sobre a experiência da descoberta da infecção e o entendimento do vírus. A epidemia ainda resguarda uma marca moral e estigmatizante que, comumente, associa o acometimento pelo vírus a corpos abjetos e comportamentos subversivos à norma social. O discurso da aids agencia processos de subjetivação e modos de se posicionar como sujeitos da aids, seja se mostrando incrédulos diante da soropositividade ou a tomando como um castigo aos comportamentos pregressos.

Problematizar estas tramas discursivas, que criam a realidade sobre o HIV/aids, e o entendimento dos sujeitos sobre a infecção nos auxiliam a compreender a maneira como a soropositividade se insere na vida conjugal, bem como os conflitos e tensões que ela

comporta. Assim, tendo em vista as reflexões até agora suscitadas, buscaremos pensar sobre os processos de subjetivação dentro de uma relação conjugal da qual o HIV passa a ser parte. Como a soropositividade ganha espaço na relação estabelecida entre o par? Como a revelação da positividade acontece e como é recebida pelo companheiro? É justamente sobre estes aspectos, que iremos nos ater a partir de agora.

3.2 Descoberta, revelação e a construção da conjugalidade

Nascimento (2002) promove uma diferenciação entre comunicar e revelar a sorodiscordância, apontando que a maneira como a temática é abordada implica a resposta apresentada pelo outro. Neste sentido, comunicar se caracteriza pelo ato de dar a notícia, respeitando princípios éticos e o sujeito que se apresenta. Por outro lado, a revelação tem a qualidade de surpreender, tirar as cobertas que velavam aquilo que outrora era desconhecido. A autora relaciona o ato de comunicar à prática do profissional de saúde, que deve informar o resultado de um exame ao paciente, enquanto que a revelação é inserida no campo de multiplicidade de posição de sujeitos, ao anunciar a infecção às parcerias e familiares, entre outros.

Tal diferença se apresenta na narrativa de Juliana (39 anos, soropositiva) e o contexto em que o diagnóstico de infecção por HIV se deu:

O Hemope me ligou pedindo pra mim comparecer lá. Eu achei estranho, pedi pra sair do trabalho e fui lá. Quando eu cheguei lá, a moça me falou que tinha alguma coisa errada com meu sangue e que eu precisava fazer um exame, mas não me disse mais nada. Eu fiquei perguntando o que era que tinha de errado, ela não me respondeu. Disse que eu não precisava me preocupar, mas que eu comparecesse num endereço lá, ela me deu o endereço, pra repetir um exame. Quanto mais eu insistia perguntando, menos ela me respondia. Dizia só que eu tinha que repetir o exame. Eu fiquei preocupada, é claro, mas nunca imaginei que podia ser isso. Eu fui na mesma hora, mas não sabia nada, nada, nada. Cheguei na policlínica, procurei o lugar que estava no papel e fiz o exame, normal. Antes de fazer o exame, começaram a falar sobre aids, DST, investigaram minha vida todinha, tudo o que já fiz e deixei de fazer. A ficha ainda não tinha caído, eu só pensava que tava tendo um engano. Aí uma médica me chamou numa sala e começou a falar: “olhe, você tem aids.. Eu não entendi o que ela falou, só podia ser um engano. Como assim? Eu perguntei à

médica. Tem alguma coisa errada, não pode ser. Ela respondeu: pense aí, você deve ter feito alguma coisa. Hã? Alguma coisa? Como assim? “Você deve ter feito alguma coisa errada por aí.” [supostamente imitando a sonoridade e tom da voz da profissional de saúde] Quando a ficha começou a cair... Aquela médica toda arrogante, parecia que estava me acusando, sabe? Eu comecei a chorar, dizendo que nunca tinha feito nada errado, como o resultado poderia ser aquele? Eu realmente surtei. Mas, ela, ao invés de me acalmar e explicar as coisas, não! Ela me mandou sair, disse que eu voltasse quando estivesse mais calma. Simplesmente abriu a porta e pediu pra mim sair. Eu fiquei perdida. Não sabia o que fazer. [...] Por isso, eu acho que a maneira como essa informação é passada pela pessoa, é importante. É uma notícia pesada demais para se dar de qualquer jeito.

A narrativa trazida por Juliana nos ajuda a compreender como que a maneira de lidar com a notícia da soropositividade infere na resposta dos sujeitos e no modo como irão vivenciar esta descoberta. Fernandes (2013) argumenta que inúmeras vezes o profissional de saúde, aquele que deveria acolher o sujeito de modo a confortá-lo num momento de fragilidade, ao invés de comunicar a soropositividade, muitas vezes atua como agente revelador do status de positividade. Neste sentido, concordamos com o autor ao fazer uso indistintamente de ambas as terminologias, visto que percebemos, na fala de alguns participantes, que a maneira como o profissional de saúde aborda a temática com o sujeito, em alguns casos, acaba por reiterar discursos construídos sobre esta população, reforçando, por exemplo, a ideia de comportamentos desviantes.

Neves (2003) considera que o profissional de saúde, que assiste a um indivíduo com alguma DST (incluindo o HIV), tem por obrigação convencê-lo a revelar seu diagnóstico a suas parcerias sexuais. Caso não tenha êxito, o profissional deve acionar a parceria do paciente, com o propósito de torná-lo ciente da condição do parceiro. Todos estes procedimentos devem ser devidamente registrados no prontuário do paciente, respeitando os limites éticos e legais da quebra de sigilo profissional.

A colocação do autor citado tem embasamento na resolução nº 1359/92 do Conselho Federal de Medicina (1992), que determinava que a quebra de sigilo profissional em relação aos pacientes com aids só poderia acontecer nas situações específicas: quando a solicitação

partia diretamente do próprio paciente; por dever legal, entendendo-se, por exemplo, a notificação às autoridades sanitárias, preenchimento de atestado de óbito, etc; ou por justa causa, quando da proteção à vida de terceiros (parceiros sexuais e/ou membros de grupos de uso de drogas endovenosas).

No entanto, em 2003, o Conselho Federal de Medicina (2003) publicou a resolução nº 1665/2003, que revogava a resolução anterior, considerando que o sigilo profissional deve ser rigorosamente respeitado, salvo por autorização expressa do paciente, casos determinados por lei e por justa causa, não havendo especificação do que se entende como justa causa.

Além disso, ainda em 1989, no Encontro Nacional de ONG que trabalham com aids (ENONG, 1989), em Porto Alegre, foi aprovada a Declaração dos Direitos Fundamentais da Pessoa Portadora do Vírus da aids (Anexo B), documento elaborado por profissionais de saúde e membros da sociedade civil, que reafirma o direito à dignidade humana e o acesso aos cuidados de saúde. Entre outras coisas, o documento assegura que:

[...]

VIII – Ninguém poderá fazer referência à doença de alguém, passada ou futura, ou ao resultado de seus testes para o HIV/aids, sem o consentimento da pessoa envolvida. A privacidade do portador do vírus deverá ser assegurada por todos os serviços médicos e assistenciais.

[...]

X – Todo portador do vírus tem direito a comunicar às pessoas que deseja seu estado de saúde e o resultado dos seus testes.

A exposição do conteúdo dos documentos citados não se refere apenas à indicação de marcos históricos que apontam para a maneira de lidar com a comunicação ou não do acometimento do vírus, mas comunica dispositivos institucionais e elementos não discursivos, entrando e saindo de cena na construção do discurso da aids. O biopoder e a biopolítica, tencionando os discursos sobre um vírus e agenciando maneiras de se (con)viver com ele.

Se por um lado, a resolução do Conselho Federal de Medicina e a Declaração dos Direitos das Pessoas que Vivem com HIV corroboram ao afirmar que cabe exclusivamente ao

sujeito soropositivo a decisão de contar e a quem contar sobre sua infecção. Por outro lado, circulam-se discursos que defendem que a não revelação do diagnóstico pode representar risco ao companheiro, fazendo com que muitas vezes a revelação seja realizada por terceiros.

Diante de atravessamentos discursivos que transformam a incidência do HIV em um dispositivo de controle social, regulação dos corpos e agenciamento de subjetivações, o medo de contar sobre a sorologia positiva ao parceiro pode se apresentar como uma problemática na sintonia dos relacionamentos. Segundo Meirelles et al. (2010), em qualquer relação afetivo-sexual entre duas pessoas, estabelecida antes ou após o diagnóstico, a revelação do status de soropositividade pode significar a ruptura do relacionamento, um maior questionamento dos papéis de gênero, o surgimento de sentimentos ambíguos de amor/ódio e intensificação de sentimento de culpa ou medo, entre outras diversas consequências.

Dentro desse cenário, alguns dos participantes contam ter evitado envolvimento afetivo-sexual durante muito tempo, após terem ciência da soropositividade, para não ter que lidar com a situação conflituosa entre revelar ou não sua condição sorológica. Como podemos perceber, a partir da história narrada por Elma (35 anos, soropositiva):

Quando meu marido morreu, eu pensei: pronto, agora acabou pra mim. Porque na minha cabeça, eu nunca iria ter relação com mais ninguém. Eu não podia mais me envolver com ninguém... Por que... né? Como ia ser? Eu não queria que ninguém ficasse sabendo. Então, relacionamento nunca mais. Quando aparecia alguma coisa que eu sentia que estava meio, assim, de chamego, eu cortava logo. Não quero! [...] Quando eu conheci ele [referindo-se ao atual companheiro], ele disse que já tinha me visto passando, voltando do trabalho, algumas vezes. Aí começou a xavecar, jogar conversa. Quanto mais ele se aproximava, mas eu me afastava. Vai vê foi isso que fez ele se apaixonar por mim, né? Vê que eu não era uma mulher fácil. [risos] Eu me afastava porque se eu ficasse junto, uma hora eu ia ter que contar a ele, né? Eu não ia pra cama com um cara sem que ele soubesse. Aí resolvi que não queria, preferia ficar sozinha mesmo. Mas, acabou que ele insistiu tanto que não teve jeito [risos]. [...] Eu tinha medo de contar e ele ir embora, ou contar e ele começar a achar coisa errada de mim.

Maksud (2012) coloca que a notícia da soropositividade de um dos parceiros, para a maioria dos casais, configura tensões e conflitos conjugais. Fica claro que nos

relacionamentos estabelecidos após o diagnóstico, a problemática da revelação ou não ao companheiro costuma ser fator de angústia e medo. Atravessados por inseguranças com relação à manutenção do relacionamento e receios de ser vítima de um julgamento moral e estigmatizante sobre suas escolhas de vida, muitos sujeitos optam por não revelar a condição sorológica.

Em consonância com a narrativa de Elma, a fala de Mônica (33 anos, soropositiva) enuncia uma experiência semelhante. Após saber do seu status sorológico, Mônica evitou por muito tempo estabelecer um relacionamento afetivo-sexual, pois sempre se confrontava com a dúvida entre contar ou não ao parceiro sobre a soropositividade. Ao começar a se envolver com aquele que hoje é seu companheiro, mesmo o relacionamento começando a se estabelecer de maneira mais estável, ela decidiu não falar sobre a infecção. No entanto, ao ter a positividade revelada por seus familiares, não teve como evitar que o assunto fosse conversado com o namorado.

Eu preferi não contar. Fiquei só namorando de beijinho, me fazendo de difícil. [risos]. Quando fui pra cama com ele, usei camisinha. No começo, eu ficava pensando: será que devo, será que não devo? [contar sobre a soropositividade]. Depois, eu relaxei e disse pra mim que só iria contar se acontecesse algum acidente. Aí a coisa foi ficando séria e ele começou a insistir pra mim tomar pílula, né? Que a gente já estava junto há um tempo e que ele queria fazer sem. Eu desconversava, dizia que tinha engravidado uma vez, mesmo tomando remédio. Até o dia que a minha família contou pra ele. Aí não teve mais jeito. “Oh, eu tenho isso mesmo, mas não se preocupe que você não correu risco nenhum em ficar comigo.” Ele ficou meio que sei lá... em choque... depois começou a me perguntar um monte de coisa: com quem foi que eu peguei, como eu tinha tanta certeza de não ter passado pra ele, essas coisas. Eu tive que dar uma aula todinha, passou o susto e as coisas foram se acertando de novo.

Na verdade, todas as histórias trazidas por Mônica remetem a revelações efetuadas por terceiros, e não, propriamente, a escolhas individuais e conscientes dela de falar sobre a sua vivência com o vírus. É o caso, por exemplo, do motivo que a levou a realizar a testagem sorológica:

A ex-esposa dele ligou pra mim e disse: olha, se eu fosse tu, eu tinha cuidado. Tu sabe que fulano tem isso, né? Toma cuidado. Eu não entendi porque ela fez isso. Até hoje, eu não sei. Na época, na minha cabeça, ela estava se vingando dele ou com ciúme de mim. Querendo colocar coisa no nosso casamento, sabe? Mas, depois que eu fiquei sabendo da verdade, eu não sei... não sei a intenção dela. Mas, eu queria ter ficado sabendo da boca dele, entende?

As narrativas aqui colocadas remetem a aspectos éticos, morais, legais e sociais sobre a revelação ou não da condição de soropositividade. Para Foucault (2004), a nossa sociedade e as práticas discursivas em torno das sexualidades são reguladas sob a herança de uma pastoral cristã em que tudo deve ser confessado, tudo deve ser revelado em prol da absolvição de uma vida desregrada. Foucault (2004, p.80) coloca que “o homem Ocidental converteu-se em um animal de confissão.” Os jogos de verdade e a regulação dos corpos pelo saber científico se organizam com o objetivo de fazer falar.

É nesse sentido que entendemos que os mecanismos de controle sobre a sexualidade e os jogos de verdade, que atravessam as produções discursivas sobre o HIV, criam a obrigatoriedade de que tudo deve ser revelado, mesmo que esta necessidade não seja efetivamente sentida por aquele que vive com o vírus. Por isto, para Maksud (2012, p. 1201), a decisão “sobre ‘contar ou não’ é construída entre os sentimentos de escolha e obrigação.”

No que concerne ao HIV, aspectos da vida privada passam a ser de interesse público. A vida passa a ser objeto de eterna vigilância, seja por uma ética de autovigiar-se ou vigiar o outro, através de práticas regulatórias do cotidiano. A exposição da soropositividade não pode ser entendida apenas como uma decisão racional ou uma conscientização de responsabilidade ética por parte do sujeito soropositivo, ela é atravessada por discursos que comportam aspectos morais, sociais e históricos (Fernandes, 2013). Sendo assim, no processo de revelação, estão envolvidas diversas especificidades da vida do casal, enquanto par, e a relação que estabelece com terceiros.

A discussão da revelação ou não da soropositividade perpassa justamente pela invisibilidade da corresponsabilidade, visto que a obrigatoriedade de adotar técnicas preventivas sempre pesa sobre a pessoa que vive com HIV. No entanto, tendo em vista, que fazer ou não uso de tecnologias preventivas é algo que se estabelece dentro da lógica funcional do casal, não seriam ambos responsáveis pela possibilidade de exposição ao vírus, independentemente de ter ciência ou não de sua condição sorológica e do parceiro?

Voltemos, então, a pensar na aids enquanto trama discursiva. A descoberta da soropositividade desperta uma verdadeira caça ao culpado pela infecção, aquele que em algum momento transgrediu o que é normatizado pelas práticas disciplinadoras. Cria-se a imagem daquele que é responsável por transmitir o vírus e as vítimas que, de maneira inocente, foram ludibriadas, seja pela ideia de fidelidade e monogamia, de amor romântico ou de não vulnerabilidade.

Galvão (1992), ainda no início da segunda década da epidemia, fez um levantamento dos conteúdos de matérias e campanhas da imprensa brasileira acerca da temática da aids, e demonstrou que a significação atribuída à infecção pelo HIV se organizava em duas polaridades: as vítimas e os culpados. Nesse quadro, os homossexuais, as garotas de programa e os usuários de drogas eram caracterizados por uma infecção ativa, pois ao subverter as normas sociais de uma vida saudável, por meio do seu comportamento sexual e uso de drogas, eram responsáveis por seu próprio adoecimento. Por outro lado, os hemofílicos e transfundidos, por entrar em contato com o HIV, através de uma fatalidade, eram passivos ao se infectar, sendo não só inocentados, mas vitimizados.

Neste mesmo sentido, Marques, Vieira e Amazonas (2016, p. 188-189) afirmam que os estilos de vida dos sujeitos:

parecem que continua a ser determinante para a saúde e a doença no processo de viver. Desde o início da epidemia e até hoje, continua a existir essa associação entre a sexualidade transbordante e a Aids, a vida comedida e a saúde.

De fato, as práticas de regulação dos corpos e das sexualidades criam vilões e mocinhos, no que confere ao acometimento pela doença. A corresponsabilidade pela infecção parece não ser considerada nas narrativas dos participantes. O que nos faz entender que, junto com o sujeito soropositivo, nasce também o sujeito traidor, o infiel e o mau caráter, entre outros. É o que nos apresenta o recorte da fala de Luiz (39 anos, soropositivo), que, depois de 13 anos de união civil, soube de sua soropositividade e a revelou à esposa. A entrada do vírus na vida do casal foi marcada por conflito e acusações que até o momento em que a entrevista aconteceu ainda perduravam (aproximadamente dois anos após Luiz realizar a testagem sorológica).

Eu nunca traí ela, mas ela não acredita em mim. Isso [HIV] é uma coisa que eu adquiri antes dela e que, graças a Deus, não passei pra ela. Ela sabe que não foi a minha primeira [mulher], que eu saí com outras pessoas antes dela. Mesmo assim, ela acha que eu peguei isso depois que já tava com ela. [...] Ela me acusa de ter traído ela, de não ter me cuidado, que eu coloquei em risco. [...] Mas, nem eu sabia!

Em toda a narrativa de Luiz, seu sofrimento, em tentar “provar sua inocência,” é notório. Na relação conjugal deste colaborador, parece que o vírus biológico tornou-se coadjuvante diante do que a entrada dele na vida a dois representa. Não é o acometimento pelo HIV que se torna relevante, mas o fato de este acometimento indicar uma possível transgressão aos votos de monogamia.

A associação do HIV a uma infecção sexualmente transmissível, o fato de a sexualidade em nossa sociedade ser regulada e higienizada por diversos dispositivos, os discursos sobre o amor romântico, matrimônio e o mito da monogamia acabam atribuindo aos relacionamentos estáveis a ideia de invólucro protetor. A biopolítica e o biopoder se mostram com toda a sua potência, através dos modos de subjetivação e uma estilística da existência, que recai sobre o modo de se relacionar. O infectar-se, então, é entendido como uma traição e

uma covardia, por parte do outro. A emergência da soropositividade faz com que o passado e o presente do casal sejam relidos conjuntamente pelo par, significando uma zona em comum aos dois. “E quando detalhes do passado são subtraídos, configura-se também uma área de tensão, com possíveis acusações entre os parceiros” (Maksud, 2012, p. 1199).

Nesta perspectiva, os protagonistas deste estudo, que estavam em um relacionamento estável durante o processo de descoberta da soropositividade, afirmam ter atribuído de imediato a responsabilidade pela infecção ao parceiro, mesmo desconhecendo a condição sorológica destes. É o que nos aponta a narrativa, extremamente significativa de Rosana (41 anos, soropositiva). Ela conta sobre a reação que teve após ser informada do resultado da testagem sorológica. Na época, a participante estava gestante e a descoberta da condição sorológica motivou a separação temporária do casal.

Eu chorava, não conseguia me controlar. Não sei se sentia mais medo, por ter descoberto uma doença tão séria, ou se sentia mais raiva dele, por ele ter feito isso comigo. Na minha cabeça, eu estava certa que ele tinha passado isso pra mim. Eu cheguei em casa e comecei logo a arrumar as coisas, eu queria ir embora. Não queria nem olhar na cara dele. Eu sentia ódio! Eu queria matá-lo! Eu gritava: não acredito que você teve coragem de fazer isso comigo! Ele só me olhava, sem entender nada.

Depois do fato narrado pela participante, o casal só reatou o relacionamento após o companheiro de Rosana lhe apresentar o resultado negativo de sua testagem para HIV, o que acabou sendo recebido com incredulidade e constrangimento, por parte da participante.

Naquele momento, eu não sabia o que pensar, eu não acreditava que aquilo tava acontecendo comigo. Me senti envergonhada, humilhada, confusa, suja. Eu não entendia se ele estava ali, segurando aquele papel, para me humilhar. Sabe? Esfregar na minha cara que eu que era a errada. Ou se só queria me mostrar que não tinha sido com ele, que ele me respeitava.

A vivência de Rosana nos favorece pensar sobre como os sujeitos lidam com a entrada do vírus na vida a dois e nos ajuda a avançar nas reflexões, pois após lidar com a descoberta da infecção pelo HIV e todos os sentimentos que esta notícia faz aflorar, os casais constituídos anteriormente ao diagnóstico têm que lidar com outra situação: a constatação da

sorodiscordância. Diante dos recortes de falas apresentados anteriormente, é possível pensar que a confirmação da condição soronegativa do parceiro suscita sentimentos ambíguos, por parte de ambos os parceiros.

A narrativa de Luiz (39 anos, soropositivo) nos direciona ao entendimento de que a sorodiscordância é percebida com sentimentos que oscilam entre o alívio e a frustração:

Eu me senti confuso. Fiquei feliz por ela não ter, mas, sozinho. Sabe? Se ela tivesse talvez fosse melhor... Ia ser ruim no começo, ela ia ficar me culpando. Mas, depois, a gente ia viver tudo junto.

A fala de Célia (34 anos, soropositiva) corrobora com esta perspectiva de que com a descoberta da diferença sorológica sentimentos ambíguos acabam aflorando:

Quando a gente veio e pegou o resultado, aí deu negativo, né? O [resultado] dele. Eu fiquei triste. Eu não consegui ficar feliz. Assim, eu fiquei aliviada por ele, mas feliz, não. Eu pensava: e agora? Se não foi com ele, foi com quem? E agora, como vai ser?

Como podemos perceber, diante dos discursos que permeiam o contexto do HIV/aids, a introdução do vírus na vida a dois é marcada por sentimentos de medo, vergonha e alívio. Mas, o recorte da fala de Célia nos direciona para além da constatação da sorodiscordância, apontando para o receio diante do que está por vir: “E agora, como vai ser?”

Estudos apontam que o acometimento pelo HIV exige que o casal estabeleça mudanças para se adaptar à nova situação. Isso não diz respeito apenas à sexualidade, mas ao modo como o casal irá organizar o cotidiano, a partir de então (Maksud, 2012; Silva & Camargo Jr., 2011; Reis & Gir, 2010).

O fato é que os discursos, que atuam sobre os controles dos corpos e que atravessam a maneira como a entrada do vírus é significada na vida afetivo-sexual do casal, se organizam de maneira a exigir do casal adaptações e estratégias necessárias para a manutenção e/ou estabelecimento do relacionamento. O discurso da aids não só cria dificuldade do sujeito de falar sobre o vírus, mas torna a sexualidade asséptica e a afetividade controlada. É neste

sentido, que se faz necessário pensar, a partir de agora, sobre como estas práticas discursivas incidem sobre a vivência da sexualidade desses sujeitos e como os discursos preventivos são tomados dentro da dinâmica do par.

4 O discurso da aids e o sexo sob vigilância

A conjugalidade sorodiscordante se insere em um contexto social que comporta tensões e conflitos em torno da sexualidade e do vírus. Estudos evidenciam que o fato de o HIV ter a transmissão sexual, como principal via de infecção e caráter incurável, implica em alterações no comportamento afetivo-sexual dos casais, adaptações necessárias para a manutenção e/ou estabelecimento dos relacionamentos (Maksud, 2012; Silva & Camargo Jr., 2011; Reis & Gir, 2010).

Dentro do cenário cientificista, o comportamento sexual das pessoas que vivem com HIV acaba protagonizando diversos estudos, sobretudo quando os pares são compostos por pessoas com status sorológico distintos. Estes estudos trazem uma investigação minuciosa sobre a negociação do uso do preservativo, as práticas sexuais mais comuns e a quantidade de parceiros sexuais, entre outras, apontando para alterações no comportamento relacional, que variam, desde a abstinência sexual, até atitudes de negação à possibilidade de infecção (Dalapria & Ximenes Neto, 2004; Reis, 2004; Reis & Gir, 2005, Amorim & Szapiro, 2008; Reis & Gir, 2009; Maksud, 2009, Reis & Gir, 2010; Fernandes, 2013).

De fato, dificilmente se pode abordar a temática do HIV/aids sem abranger a dimensão da sexualidade, visto que os atravessamentos discursivos em torno do vírus e da síndrome se organizam de maneira a incidir sobre as práticas sexuais dos sujeitos. No entanto, a maior parte dos estudos levantados tem como destaque o tema da prevenção e as estratégias utilizadas para a não infecção dos sujeitos soronegativos. A expressão da sexualidade, por diversas vezes, não se configura como uma preocupação central, o que evidencia a ação da biopolítica, que articula políticas de saúde pública, através de ideias de prevenção e promoção de saúde, “disfarçadamente,” indicando modos de ser ou estilos de vida mais saudáveis.

Segundo Foucault (2005, p. 300), “a sexualidade está exatamente na encruzilhada do corpo e da população,” de modo que, através da biopolítica e do biopoder, articulam-se estratégias disciplinares sobre os indivíduos e práticas de regulação sobre as populações. Pensando no contexto da epidemia do HIV, está aqui a ideia da aids como discurso, concebida de modo a fazer circular elementos de verdades, de controle sobre a vida e sobre os modos de ser.

Nesse sentido, o objetivo deste capítulo não é traçar um roteiro das práticas sexuais dos casais, após a entrada do vírus na vida a dois, mas refletir sobre os discursos de verdade que influenciam nas negociações sexuais e o lugar atribuído à sexualidade dentro do contexto da sorodiscordância. A partir de então, problematizar a maneira como pessoas em relacionamentos com discordância sorológica se posicionam no que diz respeito aos discursos de prevenção e risco.

É importante colocar que, embora muitas vezes utilizadas como sinônimos, práticas sexuais e sexualidade possuem distinções conceituais bastante significativas, que devem ser consideradas. A primeira terminologia diz respeito ao conjunto variável de práticas que têm por objetivo a estimulação sexual do corpo. Por sua vez, a sexualidade é um dispositivo histórico que correlaciona, segundo algumas estratégias de saber e poder, uma rede complexa de práticas discursivas, o uso dos prazeres, a incitação ao discurso, a construção de saberes, estratégias de controle e movimentos de resistência (Foucault, 2007).

Neste estudo, apesar de em alguns momentos tomar o comportamento e as práticas sexuais dos sujeitos entrevistados para comunicar determinadas discussões, pretendemos refletir sobre a sexualidade como um dispositivo de implicação política de controle dos corpos e normatização das relações afetivo-sexuais. Consideramos que a sexualidade é uma dimensão social que permeia a organização das mais diversas civilizações e atravessa diferentes manifestações culturais, ao longo da história.

4.1 A problemática do risco e o sexo como ameaça

Foucault questiona a ideia, que foi convencionalizada e reforçada, sobretudo, pela Psicanálise, de que a sexualidade, até o século XIX, tenha sido reprimida, negada e ocultada. A hipótese da repressão sexual, que teria sido desencadeada pela moral burguesa e o regime vitoriano, associada à lógica capitalista, é questionada pelo autor. Segundo ele, a partir dos séculos XVI e XVII, a sociedade testemunhou uma proliferação de discursos sobre o sexo, iniciados pela pastoral cristã e a prática da confissão, até culminar na sistematização do saber médico-científico, que acabou por defini-lo, objetivá-lo. Nesse sentido:

Nas relações de poder, a sexualidade não é o elemento mais rígido, mas um dos dotados de maior instrumentalidade: utilizável no maior número de manobras, e podendo servir de ponto de apoio, de articulação às mais variadas estratégias (Foucault, 2007, p.98).

Foucault não nega totalmente a ideia de que a partir do século XVII houve certo silenciamento em torno do sexo, no entanto, se contrapõe à ideia de repressão, no sentido de questionar a atitude da sociedade, diante da sexualidade. A tese da repressão se ancorou em uma concepção de coerção, proibição, imposição e negação da dimensão sexual. No entanto, para o pensador, o que se iniciou nesse período foi justamente o contrário, uma multiplicidade de discursos sobre o sexo. Assim, a repressão sexual não se daria pela censura, pela proibição ou pelos interditos, mas pela proliferação de diversos saberes que passaram a se ocupar do sexo, dos corpos, dos comportamentos, a *Scientia Sexualis*.

[...] o essencial é que, a partir do cristianismo, o Ocidente não parou de dizer “Para saber quem és, conheças teu sexo.” O sexo sempre foi o núcleo onde se aloja, juntamente com o devir de nossa espécie, nossa ‘verdade’ de sujeito humano. [...] O sexo era aquilo que, nas sociedades cristãs, era preciso examinar, vigiar, confessar, transformar em discurso (Foucault, 2004, p.229).

Ao invés de sofrer restrição, o sexo colocado em circulação pelo discurso submeteu-se a uma crescente incitação. Multiplicaram-se verdades, lugares e saberes sobre ele. Longe de ser reduzido ao silêncio, ele assume o poder confessional, que se estende desde as pastorais

crístãs aos consultórios médicos (Foucault, 2007). O sexo não é calado, mas confessado, teorizado e objetivado.

Nesse jogo de forças que atuam sobre o sexo não há apenas um mantenedor das verdades sobre a sexualidade, mas uma dinâmica luta de saber/poder, cujos resultados apontam para sujeições e subversões (Foucault, 2007). Quanto mais se sabe sobre a sexualidade, mais poder se tem sobre os corpos e mais controle se tem sobre a vida. Estas diversas condições fizeram emergir incontáveis instituições, que tomam a sexualidade como seu objeto de investigação, para as quais o sujeito deve se voltar, quando se faz necessário confessar suas práticas. Estas instituições até hoje se alicerçam em disciplinas, como a Medicina, Biologia, Psiquiatria e Psicologia, por exemplo.

Dentro desse contexto, o surgimento da aids no início dos anos 1980, veio reforçar o saber-poder sobre o sexo e sobre a vida dos sujeitos, estimulando ainda mais a produção de tecnologias de controle sobre os corpos. Entendida como uma doença sexualmente transmissível, a síndrome legitimou todo um esforço para esmiuçar as sexualidades, o uso dos corpos e de seus prazeres, em busca de causas e efeitos do vírus.

O discurso da aids faz surgir uma sexualidade vigiada, controlada e asséptica. Sendo assim, ao pensar na experiência de conjugalidade sorodiscordante, parece se tornar inevitável, ou mesmo necessário, discorrer sobre as práticas dos sujeitos. O discurso da aids faz com que questões que envolvem a rotina sexual dos casais, muitas vezes ganhem centralidade em suas narrativas. Neste sentido, chamou-nos a atenção o fato de que, ao questionar os participantes sobre como é manter um relacionamento com alguém que vive/não vive com HIV, a primeira resposta obtida sempre estava relacionada às negociações das práticas sexuais. A atenção a esta problemática foi registrada no Diário de Campo:

[...] As respostas sempre começam da mesma maneira, usando-se sempre a palavra “normal” e enfatizando que o que difere dos outros relacionamentos é a “obrigatoriedade” de usar a camisinha. Algumas pessoas vão um pouco mais além,

contando que deixaram de fazer sexo oral ou anal. Mas depois, quando o participante parece sentir-se mais seguro, introduz outras temáticas, como a insegurança na relação, o medo de contaminar-se ou o peso de sentir-se responsável pelo parceiro. Parece que quando falo de relacionamento, estou me referindo a sexo. [...] Interessante que parte dos participantes começa afirmando sobre o uso regular do preservativo e, conforme a conversa vai fluindo, vão dando indícios de certa relativização do uso, até chegar ao ponto de admitirem não dispor do preservativo em todas as relações sexuais.

O registro no diário aconteceu após percebermos certo padrão nas respostas dos participantes. A pergunta disparadora parecia engatilhar uma preocupação em demonstrar que a vida sexual do casal se mantinha dentro da normalidade, adotando as medidas necessárias para se evitar a exposição do parceiro soronegativo ao vírus. O contexto conjugal só era explorado na sua amplitude e complexidade, após perceber que não estavam ali para ter sua vida a dois fiscalizada.

É claro que o fato de estar dentro de uma instituição de saúde e os participantes, em sua maioria, terem acabado de sair de uma consulta médica, induziram uma primeira resposta que atendesse ao que é esperado por um agente de saúde. Mas, para além deste elemento não discursivo, que atua como dispositivo de controle, parece que, ao falar de conjugalidade sorodiscordante, torna-se necessário confessar, descrever e enfatizar a maneira como o sexo é vivenciado e como os corpos são estimulados, o que nos remete a uma sociedade disciplinar, que se operacionaliza através e pelos discursos.

É dentro deste contexto que a narrativa de Luiz (39 anos, soropositivo) evidencia o medo que ronda a rotina sexual do casal, tendo como resposta a abstinência:

Desde que eu descobri isso, a gente não teve mais nada. Até tentou algumas vezes, mas ela fica tão nervosa, fica com medo, que acaba não dando certo. [...] eu não vou botar a culpa só nela, eu também tenho medo. Por mais que a gente tenha cuidado, existe sempre aquela sombra rondando, sempre um risco.

A fala do participante traz a ideia de risco como uma sombra que ronda, sempre à espreita de qualquer descuido. O sujeito soropositivo se subjetiva dentro de um campo de

forças que fazem com que ele se perceba como alguém que traz perigo para a parceria e a prática sexual é sinalizada como ameaça.

As narrativas dos sujeitos, atravessadas por uma ideia de risco, se organizam de modo a criar, ordenar e justificar a necessidade de se esmiuçar as vivências sexuais. De fato, ao longo da história do HIV/aids, o conceito de risco ganhou status de verdade e fez circular a ideia de que, fundamentando-se nas práticas dos sujeitos, algumas populações estariam mais propensas a ser acometidas pela infecção, além de ser marcadas pelo lugar de abjeto, de estigmatização. Como foi colocado anteriormente, os discursos difundidos pela postulação de grupos de risco, no início dos anos 1980, têm efeitos nos processos de subjetivação de quem se descobre soropositivo até hoje.

Atualmente, apesar de o saber médico-científico ainda o reiterar, o conceito de risco passa por um processo de ressignificação. A incidência do HIV nos mais diversos grupos sociais e faixas etárias, o crescente movimento de heterossexualização e os altos índices de infecção de mulheres, evidenciados constantemente nos boletins epidemiológicos de organizações de saúde, exigiram um deslocamento no conceito: os denominados grupos de risco foram substituídos pela ideia de comportamento de risco. Desloca-se o conceito de perigo do “o que se é” para “o que se faz.”

Embora esta mudança tenha como objetivo evidenciar o indivíduo como protagonista de suas escolhas e individualizar as situações de exposição ao vírus, para além do pertencimento a determinados grupos sociais, a ideia de perigo, relacionada a comportamentos específicos, permanece sendo enfatizada. Apesar do deslocamento conceitual, o discurso de risco continua atuando sobre o sujeito de modo a atribuir a ele a responsabilidade de decidir sobre seus comportamentos, sendo culpabilizado caso “opte” por um estilo de vida menos saudável.

Para Amorim e Szapiro (2008), a problemática do risco, apresentada sob esta perspectiva de racionalidade, coloca o sujeito como autônomo e responsável por suas ações, em que tendo ciência das consequências dos seus atos poderia orientar “melhor” as suas escolhas. Os autores ainda colocam que em uma sociedade em que os cuidados com a saúde ganharam centralidade e que superestima a racionalidade das escolhas pessoais “[...] cada um deve cuidar de sua própria saúde, o que faz com que a ausência de saúde passe, muitas vezes, a ser tratada como uma falha individual, um descuido ou até mesmo um defeito de personalidade” (p. 1861).

Para Beck (2010), a concepção de risco deixa de ser dada e passa a ser construída. Para o autor, a construção social do risco articula discursos e práticas de gestão sobre ele, através da ciência e de políticas de governo. A ciência, através dos seus especialistas, pesquisas e relatórios, aponta determinantes, cria indicadores, define causas e indica medidas de prevenção. O governo, por sua vez, fundamenta-se nessas produções de conhecimento, para criar políticas de prevenção e controle.

O discurso de comportamento de risco tem efeito de controle sobre os corpos, agenciando tecnologias de prevenção que se articulam no intuito de tornar dóceis estes corpos. Neste sentido, a aids, enquanto dispositivo de controle das práticas sexuais, exige do sujeito um posicionamento diante da responsabilidade de atenuar e controlar os excessos proporcionados pelo desejo. Desta forma, os indivíduos não infectados ou que não convivem com o HIV também são convidados a regular seus atos e suas escolhas.

A concepção de comportamentos que aumentam ou perpetuam a probabilidade de exposição ao vírus é tomada pelas políticas de saúde, através de avaliações de vulnerabilidade, e evidenciada em cartilhas e manuais informativos sobre práticas mais ou menos seguras de se relacionar (Abia, 2004, 2010; 2014; Ministério da Saúde, 2014; 2016). Dentro desta perspectiva, os relacionamentos afetivo-sexuais, entre pessoas com sorologias

diferentes, acentuam a ideia de um comportamento menos seguro, pois a vivência desses casais aponta para a possibilidade de que uma pessoa possa contrair o HIV.

O Ministério da Saúde considera estes tipos de parceria como um segmento populacional prioritário na indicação de tecnologias de prevenção (Ministério da Saúde, 2017a; 2017b; 2017c). Comumente, a união estável é tida como um fator de vulnerabilidade que merece atenção especial, visto que a convivência cotidiana favorece uma maior flexibilidade e relativização do uso de tecnologias de prevenção.

A narrativa de Elma (35 anos, soropositivo), ao relatar a construção da vida afetivo-sexual, após a descoberta da soropositividade, comporta e revela esta maneira de entendimento sobre a conjugalidade sorodiscordante:

No começo era aquele cuidado todinho, tem que fazer assim, tem que fazer assado. Mas, depois a gente foi dando umas escapulidas. Ele fazia o exame e nada. Hoje a gente vive uma vida normal, sem aquele cuidado todo de antes. Ele diz que se tiver que pegar isso, vai pegar mesmo.

A participante aponta para um processo em que a cautela rigorosa foi paulatinamente sendo substituída pela despreocupação, promovendo flexibilidade na adoção de tecnologias de prevenção. Olhando-se por esta perspectiva, podemos entender que a narrativa de Elma reitera os discursos de que a conjugalidade e a convivência cotidiana propiciam uma “naturalização da doença, que passa de ‘perigo’ a ‘mal menor’” (Maksud, 2009, p. 357).

No entanto, diante do recorte da fala de Elma, não podemos fazer uma interpretação simplória, afirmando que no relacionamento do casal há um puro e simples negligenciamento de estratégias de prevenção, devido à negação da possibilidade de infecção do companheiro. A narrativa da participante aponta para um posicionamento em busca de uma “vida normal,” um movimento de resistência às políticas de agenciamento sobre a sexualidade do casal. Isto não significa dizer que a organização da vida a dois se desprende ou contradiz os discursos de verdade em torno da sexualidade sorodiscordante, mas é sempre tensionada por eles.

O que se percebe é que os discursos em torno de comportamentos que propiciam a exposição ao vírus se organizam de maneira a incidir sobre a subjetivação dos sujeitos, que passam a ter a prática sexual, como uma ameaça para si e/ou para o outro. Nas relações sorodiscordantes, independentemente das escolhas feitas pelo casal, no sentido de adotar ou não comportamentos que possam reduzir ou minimizar a possibilidade de contrair ou transmitir o HIV, o exercício da sexualidade vem acompanhado de insegurança e incertezas, alterando a dinâmica sexual dos casais. Isto é evidenciado pela fala de Rosana (41 anos, soropositiva), em que ela conta sobre a vontade do marido de abrir mão do preservativo durante o ato sexual e o efeito que essa atitude do cônjuge tem sobre ela:

Às vezes, ele quer fazer sem camisinha, né? Porque a gente tá lá naquele chamego, aí para, vai pegar a camisinha, coloca... quebra um pouco o clima, né? E quem disser que é a mesma coisa, tá mentindo, viu? Aí, às vezes ele tá naquele fogo e diz: vai assim mesmo, tem problema não. Na mesma hora, me vem um medo. A minha vontade é de parar tudo de vez. Mas, aí eu digo: de jeito nenhum, vai botar a camisinha, sim! [...] já pensou, eu colocando ele em risco assim, sem mais nem menos? Deus me livre.

A fala de Rosana indica uma disciplinarização dos corpos que, diante de uma prática sexual tida como ameaçadora, deve agir de modo a incidir sobre o controle dos impulsos, nem que, para isso, seja necessário quebrar o clima ou contrariar o desejo, indicando que estratégias de vigilância sobre os comportamentos e, principalmente, sobre a sexualidade se fazem necessárias.

As narrativas dos participantes apontam para a ideia de risco como uma realidade na vida conjugal, muitas vezes fazendo-os questionar se realmente é válido dar continuidade ao relacionamento, como podemos perceber no recorte da fala de Juliana (39 anos, soropositiva):

Às vezes, eu fico triste, chorosa. Aí ele vem e pergunta o que é que eu tenho, eu digo: são os meninos que vivem me apearreando. [referindo-se aos filhos]. Eu não digo a ele, mas eu fico pensando que seria melhor eu deixar ele. Sei lá, talvez se eu deixasse ele, ele poderia encontrar uma pessoa que fizesse ele feliz, que pudesse ter relação normal, né? Alguém que pudesse fazer de tudo na cama. Isso mexe comigo.

A sexualidade, enquanto dispositivo discursivo, atribui às práticas sexuais valor central nas relações conjugais, impondo atualmente aos casais certa obrigatoriedade do sexo, que passa a funcionar como termômetro da relação e mantenedor dos vínculos afetivo-sexuais (Maksud, 2007). Sendo assim, o dispositivo da sexualidade se ocupa das práticas sexuais dos sujeitos, de modo a prescrever formas mais ou menos seguras de se relacionar, maneiras mais ou menos corretas de se fazer sexo, o que evidencia, não só estratégias de regulação dos corpos, mas propicia conflitos conjugais, ao tencionar desejos e receios entre o par.

É como se a sexualidade dos casais, atravessada pela diferença sorológica, se limitasse ao puro ato sexual, e este, muitas vezes, reduzido à penetração vaginal ou anal. Sendo assim, abrir mão dos excessos e arrebatamentos que caracterizam as paixões, impõe consequências na manutenção da dinâmica conjugal. As concessões necessárias para manutenção dos relacionamentos são marcadas por um discurso médico-científico “onde formas de prazer proibidas pelo risco da transmissão do vírus devem ser evitadas, mas não podem, entretanto, deixar de ser desejadas” (Amorim & Szapiro, 2008, p. 1866). Afinal, o controle atua sobre os corpos, mas não sobre os desejos.

Para Sierra os discursos que circulam sobre sexo atualmente atuam entremeando dois paralelos: ao mesmo tempo em que se promove uma divulgação e midiaticização da sexualidade, enclausuram-se as práticas sexuais em discursos preventivos. Através de efeitos de verdade, certificados pela ciência, criam-se mecanismos de higienização do sexo em prol da saúde do corpo. Estas estratégias vendem a ideia de um sexo seguro, convencendo a população de que:

[...] desde que se use camisinha, gel, desde que se tenha um número limitado de parceiros, desde que não se faça sexo oral, desde que..., desde que..., você poderá gozar sem o risco de contaminar-se, é o que propõem as políticas públicas para saúde, nos dizem médicos, nos ensina a pedagogia e nos divulga a mídia (Sierra, 2013, p. 123-124).

Na verdade, hoje, as políticas de saúde não se atêm ao conceito de sexo seguro, visto que este termo implicaria uma certificação total de segurança. Propõe-se fazer uso da terminologia sexo mais seguro, por esta refletir mais precisamente a ideia de que as escolhas comportamentais do sujeito podem favorecer a redução do risco de contrair ou transmitir o HIV. No entanto, a ideia ainda atende a uma lógica racional de controle sobre as escolhas sexuais, em que são incluídas como estratégias de sexo mais seguro: “sexo sem penetração, o uso correto e contínuo de preservativos masculinos ou femininos, a redução do número de parceiros sexuais, a utilização de outros métodos de prevenção combinada” (Unaid, 2017b, p. 33).

Amorim e Szapiro (2008) apontam para a contradição existente dentro da expressão sexo seguro, visto que ela promove a junção de um substantivo significado pelo desejo e impulsividade e um adjetivo, que pressupõe uma ideia de controle. Sendo assim, o “sexo seguro” (ou mais seguro, como propõe os programas e políticas de saúde) representaria uma expressão “politicamente correta” da sexualidade, em que as paixões e os excessos que lhes são característicos deveriam ser excluídos.

É dentro deste contexto, que alguns estudos e pesquisas, que em suas ações constatarem que o uso frequente de preservativo durante as práticas sexuais não é unânime entre os casais sorodiscordantes, constroem todo um arcabouço argumentativo, apontando para a necessidade de um posicionamento mais eficaz, por parte das políticas públicas de saúde, no sentido de munir a população de informação sobre tecnologias de prevenção e as possíveis consequências do “negligenciamento” dos comportamentos tidos como mais seguros (Dalapria & Ximenes Neto, 2004; Fernandes, 2013).

Mas, será que a não adoção de práticas preventivas pelos casais sorodiscordantes se dá mesmo pelo fato de não terem informações suficientes sobre o vírus e a infecção? Quais as estratégias de prevenção que estão sendo exploradas e será que elas condizem com a realidade

desses casais? Será que a maneira como estas informações estão sendo repassadas aos sujeitos favorece a adoção de tecnologias preventivas? São questões pertinentes que exigem uma discussão mais profunda sobre ações de intervenção das instituições de saúde e o posicionamento desses sujeitos diante das lógicas preventivas.

4.2 Educação sexual e os discursos de prevenção

O advento do HIV/aids fez com que os discursos sobre as diversas práticas sexuais, quantidade de parceiros, sexo seguro, uso de preservativo e doenças venéreas adentrassem as instituições educacionais, médicas, religiosas, etc., fazendo emergir novas tecnologias de controle sobre o sexo e sobre a vida, embasando-se, para efeito de verdade, sobre os malefícios de um vírus transmitido por via sexual. Os saberes e verdades construídos sobre o HIV e a aids institucionalizaram a higienização da sexualidade, com o argumento de medida preventiva. Dentro deste contexto, a camisinha passou a protagonizar campanhas e ações que objetivam persuadir a população a se prevenir. A camisinha entra em cena “e com ela a plastificação do sexo” (Sierra, 2013, p. 120).

Embora o uso do preservativo não represente total eficácia na não exposição ao vírus, nem se caracterize mais como a única opção disponível na resposta à epidemia, dentro de uma lógica de contenção e sustentabilidade dos programas de assistência a pessoas que vivem com HIV, a camisinha ganha centralidade nos discursos de prevenção. O que pode ser observado nas cartilhas explicativas e de orientação à prevenção ao HIV, em que mesmo quando é adotada a Política de Prevenção Combinada, o uso sistemático e correto do preservativo não deixa de ser recomendado (Abia, 2004, 2010; 2014; Ministério da Saúde, 2014; 2016). Além disso, o protagonismo do preservativo na lógica da prevenção pode ser observado nas campanhas midiáticas de combate à DSTs que circulam, sobretudo, em épocas festivas.

É importante reforçar que, ao questionar as políticas de prevenção que reforçam os discursos sobre a necessidade do preservativo, não estamos nos posicionando contra as campanhas e intervenções que visam incentivar o seu uso, tampouco negando sua importância. O que questionamos é a postulação de uma educação sexual que objetiva efetivar uma prática correta e segura, feita de maneira prescritiva e impositiva. Visto que, esta pedagogização do sexo muitas vezes desconsidera a singularidade dos sujeitos e atribui um juízo de valor sobre suas práticas sexuais.

Dentro desta perspectiva, tomemos a história de Tânia (27 anos, soronegativa), que após dois anos de união estável, com uma pessoa soropositiva, começa a nutrir o desejo de ser mãe. No intuito de engravidar, procura o serviço de saúde, com o objetivo de obter informações sobre a melhor maneira de tornar seu desejo possível. Durante a entrevista, a participante enfatizou os sentimentos conflituosos que emergem desta contradição entre os discursos enfáticos sobre prevenção e a maternidade.

Todo mundo diz: use camisinha, use camisinha, use camisinha. Mas, e agora que eu quero ser mãe, o que faço? Pra mim, é incompatível usar camisinha e engravidar. Aí vem o meu dilema: eu quero que o meu filho, futuro filho, seja feito com amor e não com medo. Mas, é impossível não ter medo se toda vez que a gente vem para o atendimento, atendimento dele, normal, de rotina, a primeira coisa que a médica pergunta quando vê a gente junto é: e aí, teve algum acidente?

Tânia se revela confusa diante da polaridade: usar a camisinha e prevenir-se de um possível “acidente” ou não usar e se aventurar, na tentativa de ser mãe. A fala da participante se torna ainda mais relevante diante do fato de que Protocolos de Atendimento a Pessoas com HIV instituídos pelo Ministério da Saúde apresentam alternativas, não só à prevenção da infecção por via sexual, mas também à prevenção da transmissão vertical, sobretudo no que se refere aos casais sorodiscordantes e o seu projeto parental (Ministério da Saúde, 2017a; 2017b; 2017c; 2017d).

Segundo a Declaração dos Direitos Fundamentais da Pessoa Portadora do Vírus da Aids (Anexo B): “toda pessoa vivendo ou convivendo com HIV tem direito à continuação de sua vida civil, profissional, sexual e afetiva, e nenhuma ação poderá restringir seus direitos completos à cidadania” (ENONG, 1989). Sendo assim, o desejo de ter filhos não pode ser desencorajado, mas discutido e acolhido nos atendimentos dos serviços de saúde. Desta forma, neste momento, é oportuno esclarecer que, no caso de Tânia (casal constituído por homem positivo para o HIV e parceria sexual mulher negativa para HIV), estratégias de concepção naturais planejada durante o período fértil podem ser adotadas. Estudos apontam que o uso da TARV associada à carga viral indetectável, reduz o risco de transmissão sexual em até 100% (Barreiro et al, 2007). Além disso, apesar de a PrEP ainda não estar disponível gratuitamente pelo SUS à época da entrevista da participante, hoje esta tecnologia profilática já é uma realidade em alguns serviços de saúde pública no Brasil.

Ainda aproveitando o ensejo, cabe nos situar sobre algumas outras recomendações e tecnologias disponíveis para favorecer uma barreira na transmissão horizontal e vertical do HIV. No caso de mulheres positivas para HIV, com parceria soronegativa, o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais, além da TcP e da PrEP, recomenda a autoinseminação vaginal programática.⁴ As estratégias para parcerias sexuais, em que ambos os parceiros possuem sorologia positiva para HIV e que desejam a concepção, concentram-se na recomendação de adesão ao TARV, carga viral indetectável e pesquisa de DST negativa.

No que se refere à transmissão vertical do vírus, em gestações planejadas com intervenções realizadas adequadamente durante o pré-natal, o parto e o puerpério, a probabilidade de transmissão do vírus da mãe para o filho é reduzida a menos de 2%

⁴ Método que consiste na coleta do sêmen, de preferência imediatamente após a ejaculação, por meio de uma seringa plástica sem agulha e posterior introdução na vagina.

(Ministério da Saúde, 2017d). Por isso, a necessidade de garantir a testagem de HIV para todas as gestantes, o acompanhamento pré-natal, profilaxias específicas,⁵ além de cuidados especiais durante o parto e aleitamento da criança.

No entanto, em consonância ao que colocamos sobre a centralidade da camisinha nas diretrizes de resposta ao HIV, em todos os casos mencionados, o uso sistemático do preservativo (masculino ou feminino) continua sendo encorajado. Nas situações em que a concepção natural planejada é indicada, recomenda-se atentar para a época de fertilidade feminina, suspendendo o uso do preservativo apenas durante este período e sob a condição da tentativa de procriação.

Neste momento, vale a pena pontuar que, embora estejamos problematizando sobre os atravessamentos discursivos que tornam a prevenção como tecnologia de controle dos corpos, reconhecemos a importância dos avanços biomédicos, comportamentais e estruturais, na resposta ao HIV/aids. Ressaltamos que a ideia de Prevenção Combinada e a disposição de tecnologias, como a TcP, a PEP e a PrEP, representam efetivas conquistas na criação de barreiras à transmissão do vírus. Além do mais, este trabalho se situa dentro do campo da Psicologia e os profissionais desta área carecem dessas informações. No entanto, não podemos deixar de pensar sobre os efeitos destes dispositivos de biopolítica e biopoder no processo de subjetivação dos sujeitos que (con)vivem com o HIV e as implicações na maneira de lidar com o vírus.

Correlacionando com o que bem argumentou Foucault sobre a hipótese repressiva, os discursos de prevenção não se sustentam de modo a apenas reprimir a expressão da sexualidade, mas se organizam como um meio de tentar, através das falas de agentes de saúde, “revelar” a verdade sexual dos sujeitos (Sierra, 2013). Os discursos preventivos atuam

⁵ Uso da TARV, exames e abordagens laboratoriais com contagem de linfócitos T-CD4, investigação e tratamento de tuberculose, hepatites e infecções oportunistas, testagem para DSTs e tratamento, entre outros acompanhamentos.

como dispositivos de controle, de modo a embasar estratégias de administração da vida. É dessa maneira que não só a sexualidade passa a ser alvo de investigação, mas toda a dinâmica conjugal.

O que pode ser compreendido, a partir da narrativa de Elma (35 anos, soropositiva), é que no período em que participou deste estudo encontrava-se na sua terceira gestação, a segunda gravidez após ter ciência da soropositividade.

A gente deixou escapular uma vez, depois a segunda, terceira, até que parou de vez de usar a camisinha. E nisso já é o segundo bucho que pego. Mas, eu tô contando isso aqui pra senhora, porque pra médica, eu não conto não. Pra ela, eu digo que foi um acidente [risos].

Ao ser questionada sobre o motivo pelo qual não revela à médica a escolha consensual entre o companheiro e ela de não fazer uso do preservativo, Elma responde:

Porque ela vai encher ele de exame, vai mandar eu usar, vai vir com aquela aula todinha... Eu prefiro não dizer. Eu sei que ela fala o que é melhor pra gente, né? Mas, comigo num tem jeito não, ele diz que se for pra botar [a camisinha] é melhor num fazer nada. Eu vou fazer o que? Dizer que não? [risos].

A narrativa de Elma aponta para uma sexualidade tomada como objeto de investigação e exame, por parte das organizações de saúde. A tutela em torno da sexualidade dos casais acaba por criar a necessidade de tornar público aquilo que, a princípio, se organizaria dentro da esfera do privado (Maksud, 2009), e os profissionais de saúde (psicólogos, médicos, enfermeiros, entre outros) atuam como agentes fiscalizadores da vida conjugal.

Neste sentido, no que se refere ao aparelhamento discursivo dos instrumentos promotores da saúde pública, a higienização das relações passa a ser uma prioridade. Nos arranjos conjugais sorodiscordantes, a biopolítica e o biopoder, articulados através da intervenção médica, se fazem presentes em diversas situações: na submissão frequente a exames de rotina, na medicalização da sexualidade e nas recomendações expressas e prescritivas do uso do preservativo e de antirretrovirais (Maksud, 2009). No entanto, a partir

da fala de Elma, podemos perceber que sob o exercício das práticas normativas não se esconde um sujeito completamente passivo e assujeitado, pois o jogo de poder resguarda, também, um potencial de resistência.

As relações sorodiscordantes representam na sua própria existência uma potencialidade subversiva à norma. Neste sentido, vejamos um trecho da narrativa de Sandra (51 anos, soronegativa), que aponta para o seu posicionamento político obstinado com relação à escolha de não usar o preservativo nas relações sexuais com seu cônjuge, para comunicar nossa reflexão.

Eu já estou na menopausa, não posso mais engravidar. Decidi que não preciso usar nada, não quero usar nada. Se você perguntar pra mim se eu não tenho medo, eu não vou mentir pra você, é claro que não sou cem por cento tranquila com relação a isso, tanto é que faço meus exames com frequência. Não quero pegar a doença, é claro. Sei que a minha decisão é arriscada. Mas é um risco que eu escolhi passar. Ele não queria, ele tinha medo. A médica sempre diz que não pode. Mas é uma decisão minha. Se eu um dia fizer o exame e der positivo, paciência. Foi eu que escolhi isso, eu que me coloquei nesse lugar. Eu disse a ele: vou enfrentar isso junto com você, e é o que estou fazendo.

A escolha de Sandra pode remeter a diversos atravessamentos discursivos, como a ideia de casamento, como um ideal de compartilhamento no qual o outro é entendido como extensão de si (Heilborn, 2004) ou mesmo a idealizações missionárias da imagem do mártir que, por amor, se submete ao sacrifício. Mas, a escolha da participante também aponta para a possibilidade de produção de efeitos de resistência aos mecanismos de poder.

O sujeito não é passivo e não está, simplesmente, aprisionado a uma rede de relações de poder, não há um determinismo. O sujeito é produtor de sentidos e ativo no seu processo de subjetivação, mantendo-se numa margem em que há possibilidades de resistência. O jogo de produções de verdade, controle e poder é sempre tencionado pelo potencial de resistência e subversão do sujeito. Assim não há apenas um mantenedor das verdades sobre a sexualidade e a conjugalidade sorodiscordante, mas uma dinâmica luta de afrontamento, cujos resultados são diversos (Foucault, 2007).

Neste sentido, as relações de poder, implicadas na produção de subjetividade, têm como aspecto o fato de que na própria “engrenagem do poder” manifesta-se uma força de resistência com um importante potencial de modificação (Arán & Peixoto Junior, 2007, p.135), o que nos leva a afirmar que poder e resistência não se opõem, mas coexistem nos meios de subjetivação e estão em constante tensão.

É diante deste jogo de forças que podemos pensar no paradoxo que embasa as políticas públicas de prevenção. Pois, se por um lado, utilizam-se de um discurso imperativo pelo uso regular e indiscriminado do preservativo; por outro, as instituições resistem de forma conservadora a promover discussões sobre as diversidades sexuais e as práticas adotadas em diferentes contextos (Rocha, Vieira & Lyra, 2013, p.124). Silva (2007) coloca que as ações governamentais e os programas de promoção de saúde, embasados sobre uma política não discriminatória, promovem a ideia de que a aids atinge igualmente a todos. Neste sentido, “a sexualidade abordada é a de todos, como se fôssemos igualados pelas mesmas práticas sexuais, sem sentidos particulares, sem contextos a serem considerados” (p. 12).

Ao mesmo tempo, é interessante pensar que, embora o público-alvo das campanhas de intervenção preventiva, em sua maioria, seja os sujeitos soronegativos, a fragmentação da atuação dos profissionais em especialidades, o conceito de saúde/doença, instaurado e reiterado cotidianamente pelas práticas tecnicistas, e a dificuldade de abordar a temática da sexualidade, de maneira não prescritiva, afastam os parceiros soronegativos do atendimento nos serviços de saúde, pois eles são vistos como sujeitos sadios e as ações são direcionadas apenas para o indivíduo doente, ou seja, aquele que vive com o vírus. Aos soropositivos se resguardam campanhas de adesão ao tratamento, segundo Silva (2007), muitas vezes significadas como a manipulação correta e cotidiana de ARV, e ter ciência da sua “responsabilidade,” no impedimento da infecção de terceiros.

Em suma, ao longo deste percurso, podemos perceber que as dimensões sócio-históricas e as práticas discursivas acerca das sexualidades recaem sobre a vivência dos pares sorodiscordantes, orquestrando práticas sexuais e gestões sobre a ideia de risco. A sexualidade passa a ser permeada por sentimentos de insegurança e sinalizada como uma expressão de ameaça. Diante disso, as estratégias para lidar com tal situação são tencionadas por constantes e conflituosos movimentos de resistência e submissão aos discursos normativos e prescritivos de prevenção.

Acreditamos, no entanto, que o acometimento pelo HIV compreende tensões e vivências na dinâmica do par que não podem ser reduzidas aos aspectos da sexualidade, prevenção e risco. A vivência da conjugalidade sorodiscordante tem efeitos sobre o cotidiano do casal na sua mais diversa complexidade e comporta a organização de diferentes estratégias necessária à construção e/ou manutenção do relacionamento afetivo-sexual. Desta maneira, nos debruçaremos, a partir de então, sobre a expressão da conjugalidade no seu aspecto mais amplo, buscando compreender as estratégias utilizadas na construção dos relacionamentos e na manutenção da coesão do par, tendo em vista a entrada do vírus na vida a dois.

5 A experiência de conjugalidade sorodiscordante: silêncios, cuidado e aceitação

A realidade da sorodiscordância põe em destaque inúmeras temáticas relacionadas ao HIV/aids, que vão além das questões da saúde pública e apontam para a necessidade de se promover uma reflexão que considere as dimensões sócio-históricas relacionadas à síndrome. A dinâmica das relações sorodiscordantes não se restringe aos aspectos da sexualidade, risco e prevenção, mas compreende a experiência de conjugalidade em sua complexidade. Vale salientar que entendemos a experiência como uma dimensão constitutiva da subjetivação, ou seja, um processo, simultaneamente, de sujeição e resistência às normas constituídas e circulantes nos diferentes discursos e que tornam estes sujeitos inteligíveis para si e para os outros.

A partir desse conceito, nos dedicaremos a problematizar a experiência de conjugalidade no seu aspecto mais amplo, promovendo uma reflexão sobre os processos de subjetivação que incidem sobre o cotidiano do par. Nos capítulos anteriores, foram explorados aspectos relacionados à revelação do diagnóstico de soropositividade, à constatação da discordância sorológica e à repercussão sobre a vivência da sexualidade. A partir de agora, buscaremos compreender os processos de subjetivação que conferem inteligibilidade à manutenção e/ou construção da relação afetivo-sexual sorodiscordante, bem como às estratégias utilizadas pelos sujeitos, para manter a coesão da parceria, diante do acometimento da infecção.

5.1 A conjugalidade enquanto lugar de cuidado e aceitação

Como foi colocado anteriormente, a sexualidade, enquanto dispositivo, ocupa um lugar central dentro das relações conjugais, impondo, não só certa obrigatoriedade do sexo, mas, também, funcionando como termômetro da sintonia da relação. Dentro desta perspectiva,

tomando o discurso da aids e a sua articulação no controle dos corpos, entendemos que a maior parte dos trabalhos, que têm os relacionamentos sorodiscordantes como objetos de estudo, enfatiza a relação linear entre a soropositividade e as alterações no comportamento sexual dos sujeitos (Reis, 2004; Reis & Gir, 2005; 2009; 2010; Maksud, 2009).

Embora estes estudos tenham relevância no entendimento da dinâmica dessas relações, compreendemos que ao pensar a conjugalidade e os atravessamentos discursivos em torno do HIV/aids, não podemos nos ater apenas ao aspecto da sexualidade, visto que na díade estão implicados diferentes aspectos do cotidiano. Para além das negociações sexuais, a coesão do par, diante do acometimento pelo vírus, compreende a elaboração de diversas estratégias, que vão desde a negação da possibilidade de infecção, até mudanças sutis no comportamento, como por exemplo, nos afazeres domésticos.

Neste sentido, partiremos da história de Rosana (41 anos, soropositiva) para construir nossas reflexões. A participante afirma ter um prazer imenso em cozinhar e que ao longo da vida aprendeu a utilizar a culinária como uma maneira de demonstrar afeto e cuidado para com os outros. Ela conta que o companheiro sempre gostou muito do seu “tempero” e que a habilidade culinária foi uma das estratégias utilizadas no jogo da conquista, no início do relacionamento, afirmando, em meio a risos, que o capturou “pela barriga.” No entanto, ao se descobrir soropositiva, a participante diz ter mudado o comportamento na cozinha, falando sobre o sofrimento desencadeado diante deste ato simples:

Eu simplesmente não queria mais cozinhar, ficava lá, olhando as coisas, tomando coragem. Imagina se eu me corto? Se por algum descuido... Quando ele pedia pra fazer alguma coisa especial, alguma comida que ele gosta, aí era que eu sentia aquele aperto no peito, uma vontade de chorar. “Não, vamos comer fora”. Ele estranhava porque eu sempre gostei de cozinhar, mas nunca disse nada, não perguntava nada, só ia. [...] Eu tinha medo de me cortar e contaminar todo mundo. De... Sei lá... Nem sei dizer direito. É uma bobagem, né? Mas, a gente só pensa no mal que pode causar aos outros. [...] Hoje, eu cozinho normal. Quer dizer, eu corto as coisas bem direitinho, assim. [fazendo gestos com as mãos, como se cortasse algo sobre a mesa] Antes eu cortava toda doida. [fazendo gestos com as mãos como se

manuseasse uma faca no ar] *Aquele pavor que eu sentia passou, mas não tem quem tire da minha cabeça que o meu sangue é ruim.*

O relato da colaboradora nos chama atenção para diferentes aspectos do conviver com o HIV. A mudança do comportamento diante do medo é algo vívido na narrativa de Rosana, o “sangue ruim” representa perigo e a possibilidade, embora improvável, de que alguém entre em contato com ele e possa se infectar, a impede de executar tarefas simples do cotidiano. O ato de cozinhar, dentro da dinâmica conjugal de Rosana, tem um valor simbólico de relevância, o fato de o medo da transmissão do HIV afetar o comportamento da participante repercute no seu relacionamento, provocando estranhamento no companheiro. O “pavor” mencionado por Rosana perpassa por uma relação de cuidado para com o outro e para com a relação. Um cuidado que não confere apenas o medo de fazer o outro sofrer, mas de ser responsável pela dor do outro.

Nesse mesmo sentido, a fala de outra participante se torna relevante, Juliana (39 anos, soropositiva) conta sobre um incidente com seu filho, em que a criança se cortou com um alicate de unha. Esta experiência desencadeou muito sofrimento e a motivou a realizar uma intensa pesquisa sobre as maneiras de contração do vírus, apesar de já ter entendimento sobre as verdades produzidas em torno dos riscos e possíveis exposições ao HIV. A participante afirma não querer submeter os filhos a uma testagem sorológica, por medo do resultado.

Eu sempre tive muito cuidado com tudo o que diz respeito à sangue, menstruação, tudo. Em um momento de vacilo aconteceu. Eu fiquei desesperada. [...] Eu nunca fiz os exames pra saber, em nenhum dos dois. Quando eu fui ter eles... na última gravidez, eu fiz o teste, tudo certo, tudo ok. Eu peguei isso depois. Quer dizer, se algum deles vir a ter, fui eu que passei. Eu não consigo nem imaginar como eu vou ficar se eu descobrir que passei isso pra eles. Eu prefiro não saber, porque acho que vai ser um sofrimento que eu não vou aguentar.

No processo de subjetivação de Juliana, a dúvida parece ser menos dolorosa do que a certeza. Neste sentido, apesar da intensa pesquisa sobre as possibilidades de transmissão diante do incidente com o alicate de unha, Juliana em nenhum momento questionou um

profissional de saúde, alegando temer que ele “exija” a testagem sorológica dos filhos. A escolha de Juliana de não levar suas dúvidas até um profissional de saúde subverte e reitera, simultaneamente, as práticas de saúde enquanto promotoras da higiene pública, pois ao mesmo tempo em que recusa o posicionamento disciplinador dessas práticas, reforça o seu poder de intervenção, controle e verdades sobre os corpos.

Os atravessamentos discursivos em torno do vírus e da síndrome agenciam modos de ser, atribuindo àquele que vive com HIV a responsabilidade sobre a própria vida e a do outro. As verdades produzidas sobre uma doença de caráter transmissível criam a necessidade de controle sobre os comportamentos e os modos de ser, despertando no sujeito uma obrigação de dirimir ou minimizar qualquer possibilidade de transmissão, colocando o sujeito sob uma eterna vigilância em função de um cuidado de si que reverbere sobre o governo do outro (Foucault, 2010). O cuidado enquanto prática de conhecimento de si passa a ser expresso pela preservação do controle sobre a infecção, fazendo com que a participante “negue” ou “negligencie” a possibilidade de soropositividade dos filhos.

Tomando essa concepção de cuidado, podemos compreender a fala de Tânia (27 anos, soropositiva), ao colocar que o companheiro revelou a soropositividade antes que os dois pudessem ter relações sexuais e como esta atitude é entendida, por ela, como um gesto de respeito:

Ele nunca mentiu pra mim. Apesar de ter hesitado me contar, a gente só transou depois que ele me disse. Tem a questão do cuidado e do respeito, não é? Por mais que ele tivesse medo que eu não quisesse mais, ele não queria me colocar em risco. Mesmo a gente usando camisinha, ele queria que eu tivesse consciência do que poderia acontecer.

Diante da narrativa de Tânia, resgatamos o que foi colocado em capítulos anteriores no que se refere à descoberta do status sorológico do parceiro. As reflexões apresentadas nos favoreceram pensar que quando o relacionamento afetivo-sexual precede o diagnóstico de

infecção, a revelação da soropositividade, em grande parte das vezes, é perpassada por acusações de traição e sentimentos de raiva.

O recorte da fala de Tânia nos apresenta uma situação que contrapõe o que foi colocado anteriormente. Seu relacionamento foi iniciado e se alicerçou já sobre as marcas da soropositividade do companheiro. Dentro deste contexto, a postura do cônjuge em revelar seu status sorológico antes de qualquer encontro sexual, oferecendo a possibilidade de escolha diante “do que poderia acontecer,” é entendida, pela participante, como um gesto de cuidado e respeito para com ela. Contudo, isto não significa dizer que o discurso da aids não atue sobre o modo de se relacionar do par e sobre a “escolha” de Tânia, que só decidiu dar continuidade ao relacionamento depois de uma intensa pesquisa sobre o HIV, de uma longa conversa com a infectologista que acompanha o seu cônjuge e de negociar com o parceiro a adoção de tecnologias preventivas.

O cuidado, então, é perpassado pelo biopoder e pela biopolítica, incidindo sobre a gestão de risco e o controle dos corpos. Lima (2015, p. 91) coloca que quando alguém afirma agir de modo preventivo e estende esse discurso como forma de cuidado com o outro pode “articular também dispositivos e discursos que funcionam como um instrumento de vigilância sobre o comportamento, a sexualidade e a vida.”

Obviamente, numa relação em que ambos os sujeitos estão implicados, os posicionamentos subjetivos individuais repercutem sobre o lugar do outro, provocando efeitos que não são previsíveis, tampouco passíveis de generalização. Neste sentido, em contrapartida à ideia de cuidado expressa por Tânia, temos a fala de Carla (37 anos, soropositiva), que narra a atitude do companheiro com relação a ela e as consequências disso no seu entendimento da relação.

Ele não me beija. Eu não sei por que, não sei se é medo. Ele é cheio de cuidado com tudo. Mas beijo? Sempre que eu me aproximo dele, ele vira o rosto ou dá só um selinho. [...] Isso me incomoda muito. Eu vejo as meninas aí falando sobre os

maridos, que eles não querem usar camisinha, que elas é que têm que insistir. Tem umas que dizem que o marido diz que quer pegar também. Eu fico pensando, porque comigo é diferente? Ele nem beijar, me beija. Eu fico pensando, será que ele me ama mesmo? Se não me amasse, não estava comigo. Mas, me deixa insegura. Eu fico com isso na cabeça.

Os sentimentos de Carla testemunham sobre uma forte insegurança dentro do relacionamento, fazendo-a questionar as atitudes do companheiro. O discurso da participante reitera a noção de que dispor ou não de mecanismos preventivos dentro de uma relação afetivo-sexual, mesmo que sorodiscordante para HIV, está associada à existência de amor e cumplicidade. Neste caso, a adoção de atitudes de cuidado e receio, por parte do companheiro, provoca na participante dúvidas com relação ao tipo de sentimento que ele a direciona.

Na verdade, diante das entrevistas realizadas, a insegurança por parte do indivíduo soropositivo pareceu ser uma constante. As narrativas e as histórias trazidas nas entrevistas, em geral, habitam uma fronteira entre a cumplicidade e o medo de ter o relacionamento desfeito. No entanto, em meio a tanto receio de discriminação e aos estigmas associados ao HIV/aids, aquele que concorda em manter ou construir um relacionamento afetivo-sexual, tendo ciência da condição sorológica do outro, passa a ter uma significação de bastante importância na vida do sujeito soropositivo.

Nesta perspectiva, um recorte da fala de Célia (34 anos, soropositiva) conduz nossa reflexão. Em meio a um contexto de violência, discriminação e exclusão, Célia encontra no companheiro o seu lugar de refúgio:

Olhe doutora, eu não vou mentir pra senhora não, ele é um folgado, desocupado mesmo, num faz nada da vida. Às vezes, eu chego pra ele: “homem, vai trabalhar. Vai fazer alguma coisa da tua vida”. Porque, doutora, ele não faz nadinha, passa o dia em casa, quando num é na televisão, é andando atrás de mim. Mas, eu vou dizer uma coisa a senhora, se não fosse ele comigo... Ele e a minha filha... Porque, veja: mãe não chega perto de mim; pai não olha na minha cara; se eu pego a menina, mãe reclama, diz pra deixar ela. Aí, ele vem, me abraça, me beija, diz que eu sou linda. Diz que se eu morrer, ele morre também. Quando eu tô com ele, é a hora que esqueço do mundo, da vida. Minha cabeça chega alivia. É como se, pra ele, eu não

tivesse doença nenhuma, parece que eu tô boazinha, limpa-limpa. É quando eu tenho sossego, entende?

Diante de tantos desafetos, Célia tem no companheiro seu momento de sossego, de alívio. Em um cenário em que o acometimento pelo HIV imprime diversas marcas no seu cotidiano, incidindo sobre suas relações interpessoais, sobre seu corpo, sendo lembrada a todo momento da “doença suja” que a assola, a presença de alguém que a acolhe e que a enxerga sob as cobertas de um vírus estigmatizante representa um recanto de aconchego e conforto. Nas relações construídas por corpos abjetos (Butler, 2003), o olhar do companheiro soronegativo parece atribuir inteligibilidade ao parceiro, pois o reconhece enquanto sujeito, para além do acometimento pelo vírus.

Neste mesmo sentido, transitando entre a insegurança de viver um relacionamento afetivo-sexual atravessado pelos discursos estigmatizantes do vírus e o desejo de permanecer numa relação em que o olhar do outro oferece acolhimento, a fala de Mônica (33 anos, soropositiva) ganha destaque:

Às vezes, eu penso que ele estaria melhor sem mim, que ele pode sair a qualquer momento e encontrar uma pessoa saudável, que não tenha nada pra se preocupar. Mas, isso me dá uma tristeza, porque eu vou ficar como? Onde é que eu vou encontrar outra pessoa que me aceite? Você sabe que não é todo mundo que aceita uma pessoa desse jeito. Eu vou dizer uma coisa a senhora, eu tenho muito amor por ele, mas mais do que amor, eu tenho é gratidão. Gratidão, sabe? Porque ele me aceitou do jeito que eu sou, sem nem dizer nada.

Percebe-se que nas conjugalidades sorodiscordantes não estão implicados apenas os sentimentos de afeto, mas a relação é perpassada pela aceitação, mesmo que esta aceitação também seja entremeada por desencontros de desejos, percepções e expectativas.

Segundo Silva (2012), o sentimento de gratidão do cônjuge soropositivo e o reconhecimento da grandeza da aceitação do companheiro, em continuar ou iniciar uma relação, se revertem, muitas vezes, em uma pretensa superioridade do status soronegativo, contrabalanceado o poder de decisão dentro da dinâmica conjugal. A disparidade entre status

sorológicos fez com que o verbo aceitar se tornasse a palavra mais recorrente e presente nas narrativas dos participantes, seja na fala dos sujeitos soropositivos, para realçar o caráter benevolente dos companheiros, seja na fala dos sujeitos soronegativos, na reivindicação do reconhecimento de sua complacência.

O que não se pode negar é que, independentemente dos atravessamentos e das implicações discursivas evidenciados pelas falas dos participantes, o teor emocional das narrativas apontou, na maioria das vezes, uma conjugalidade perpassada por anseios, insegurança, aceitação, cumplicidade e cuidado. No entanto, os conteúdos e histórias narradas, durante as entrevistas, parecem não ser alvo de diálogo entre os parceiros. Os sentimentos vivenciados pelos participantes, e que transbordam aqui em suas falas, indicam ser resguardados por segredos e silêncios que, dentro da dinâmica cotidiana, não são compartilhados entre o par.

Desse modo, considerando que todos os protagonistas deste estudo tinham ciência da disparidade sorológica do seu relacionamento, questiono por que alguns temas relacionados à infecção são objeto de diálogo e outros não? Quais temáticas não podem, jamais, ser faladas e quais ficam, simplesmente, subtendidas? Quais as implicações disso no processo de subjetivação dos sujeitos e no modo de funcionamento do casal? Qual a importância dos segredos e silêncios na dinâmica da conjugalidade sorodiscordante?

5.2 Silêncios e segredos: estratégias na construção da vida a dois

Embora exista no senso comum uma concepção utópica de que o casal, enquanto par, deve aniquilar os segredos e compartilhar plenamente suas experiências, sabemos que cada casal possui seu próprio modo de funcionamento e que a vida a dois não apaga as trajetórias individuais, fazendo com que silêncios e segredos não sejam uma exclusividade das uniões sorodiscordantes.

No entanto, neste tipo de relação, os silêncios e segredos parecem se apresentar como elementos indispensáveis da dinâmica conjugal, em maior ou menor profundidade, imbricados a sentimentos de mágoas, inseguranças, medo, ou, até mesmo, desejo, cuidado e proteção. Neste sentido, entendemos o silêncio como aquilo que é re-velado, ou seja, aquilo que, ao mesmo tempo em que se mostra, é encoberto, aquilo que mesmo confessado é calado. Os segredos, por sua vez, se referem ao que é guardado pra si, fadado ao não dito.

Tomemos, então, a narrativa de Sandra (51 anos, soropositiva), como ponto de partida para nossas reflexões. No momento em que aconteceu a entrevista, o casal atravessava uma época de dificuldades financeiras, devido ao fato de Alberto (39 anos, soropositivo), cônjuge de Sandra, estar desempregado e de ela não exercer nenhuma atividade remunerada. Alberto havia pedido demissão da empresa onde trabalhava, por acreditar que os seus colegas teriam descoberto sua condição sorológica, o que, para ele, se caracterizou como uma situação insustentável. Ao ser entrevistada, Sandra falou sobre o episódio que favoreceu a demissão do marido e logo em seguida expôs o que pensa sobre a atitude dele:

Eu sei que é difícil pra ele, que essa doença é muito difícil de carregar. É um peso, né? Mas, é um peso que eu carrego também. Veja só, a gente se conheceu, ele me contou tudinho, eu nunca disse nada. Eu nunca disse um A sobre ele ter isso. Desde o momento que fiquei sabendo, eu nunca saí do lado dele. Sempre fiz de tudo pra não tocar no assunto, pra não magoar, pra não jogar na cara. Agora acontece um problema no trabalho e ele não aguenta? Pra mim, ele foi muito fraco. Porque esse tempo todinho, eu nunca reclamei de nada, nunca disse nada. Aí, diante de um problema besta, de uma adversidade... Ele nem pensou em mim. Quando vi, ele já chegou em casa, dizendo que não ia mais trabalhar. Eu penso assim: ele devia ter falado comigo, né? Conversado.

Embora não concorde com a atitude do companheiro e nutra certa mágoa por ele não tê-la consultado antes de decidir pela demissão, em nenhum momento Sandra compartilhou com Alberto o que sente com relação a esta situação. Ao ser questionada sobre os motivos de não revelar ao marido o que pensa, Sandra responde:

Eu não quero magoar ele. Ele já vive com essa depressão, já é tão difícil pra ele. Prefiro guardar pra mim. Não quero que ele pense que eu tô jogando na cara o fato

dele ter HIV ou que ele se sinta culpado. A gente já passou por tanta coisa, passa por essa também.

Embora a narrativa de Sandra aponte para uma situação conflitante entre o casal, a participante não se sente confortável em compartilhar com o companheiro a maneira como entende a conjuntura dos fatos, pois esta é atravessada pelo acometimento do HIV. Sandra opta por vivenciar em segredo o conflito suscitado, guardando consigo seus sentimentos. Percebemos que, em sua maioria, apesar de os participantes se referirem à conjugalidade como uma relação permeada pelo companheirismo e/ou insegurança, cuidado e/ou receio, opta-se por poupar o outro de qualquer sentimento negativo, ocasionado pelo vírus ou pela doença.

De fato, no que concerne à sorodiscordância, alguns conteúdos que possam fazer emergir a temática do acometimento pelo vírus parecem ser evitados, velados, resguardados por silêncios e segredos. O silêncio que cerra os sentimentos e receios parece atuar, simultaneamente, em duas instâncias: como uma forma de mostrar a aceitação e inclusão no mundo daquele sujeito na sua maneira singular de ser; ao mesmo tempo em que indica ser uma estratégia encontrada pelos casais sorodiscordantes para evitar conflitos em seus relacionamentos.

Tomemos, então, a história de Denise (20 anos, soronegativa). Ela se encontrava no início da gestação do seu primeiro filho, quando foi convocada ao posto de saúde próximo a sua residência. Ao comparecer ao posto, recebeu a notícia de que precisaria ser testada para HIV, pois o seu companheiro, que estava presente na consulta, acabara de ter a soropositividade confirmada. O contato com Denise aconteceu no dia em que ela recebeu a confirmação da soronegatividade, após realizar a segunda testagem para HIV e o companheiro se encontrava preso. A participante conta sobre as mudanças que decorreram da descoberta da soropositividade do companheiro e o medo que tem com relação à infecção.

Se eu ficar doente, quem vai cuidar do meu filho? Eu tenho muito medo. [...] Assim, eu tento não ficar lembrando pra ele, entendeu? Porque a gente começa a falar, ele começa a chorar. Aí, eu pego e nem toco no assunto. Eu tentei fingir que esqueci, entendeu? [...] Ninguém esquece. Até... Visita íntima lá é no sábado, aí eu digo que só posso ir no domingo, porque aí evita, né? Dizer que não quero.

A participante dispõe de estratégias para não ter que falar a respeito do seu medo e da falta de vontade de ter encontros sexuais com o companheiro. Denise se resguarda ao silêncio, “não toca no assunto,” como uma maneira de poupar o companheiro de qualquer constrangimento que a alusão à sua condição sorológica e a sombra da infecção possam propiciar. Segundo Santos, Silva, Máximo e Azevedo (2007), os parceiros negativos muitas vezes acabam entendendo que suas necessidades emocionais são menos válidas se comparadas às vivências do companheiro, que tem que lidar com as implicações do acometimento pelo HIV.

Por outro lado, as pessoas soropositivas parecem também sentir que precisam proteger seus relacionamentos, salvaguardando os parceiros não infectados de preocupações e/ou evidências que exponham a presença do vírus na vida a dois, ao mesmo tempo em que podem se sentir culpados ou envergonhados, por trazer a infecção para a parceria. Neste sentido, em busca de se abster de situações em que a temática da sorodiscordância possa ser evidenciada, lançam mão de artifícios para dissimular as marcas do vírus no cotidiano. É o que nos aponta a narrativa de Juliana (39 anos, soropositiva) sobre a estratégia utilizada por ela, para não lembrar ao companheiro de sua infecção:

Eu deixo o remédio na casa da minha mãe, deixo lá guardado. Aí, quando chego, passo na casa dela, tomo o remédio, converso um pouquinho e só depois vou pra casa. Eu não quero que ele me veja tomando nada. Não tomo o remédio na frente dele de jeito nenhum. Ele vai me ver tomando o remédio, vai pensar que tá com uma doente, e depois?

Juliana não foi a única participante que fez menção a estratégias para disfarçar o uso da medicação. Mônica (33 anos, soropositiva), mesmo afirmando que o companheiro é quem

a alerta para prestar mais atenção com os hábitos alimentares e com os horários dos remédios, diz tomar algumas precauções para que o ARV não seja evidenciado:

Eu tiro todos os rótulos, não deixo um. Aí, coloco em uns potinhos que tenho e colo uma etiquetazinha: “gastrite, 6 horas da noite”; “pressão, tal hora”. Depois, ainda coloco lá no fundo da gaveta. Ele nem chega perto.

Na fala das duas participantes, o uso da medicação parece evidenciar a “doença.” Neste caso, se desfazer dos rótulos dos medicamentos camufla e/ou afugenta os rótulos que lhes são impostos, pelo discurso da aids. Parece que testemunhar a manipulação de um antirretroviral faz emergir algo que, por mais que sua existência seja compartilhada entre o par, não deve ser lembrado, não deve ser conversado. A medicação evoca a infecção, algo que se quer esquecer.

As histórias relatadas nas entrevistas parecem indicar que, após a descoberta da sorodiscordância, o processo adaptativo do casal, para a manutenção do relacionamento, passa por um acordo subentendido e consensual de se evitar ao máximo mencionar o assunto ou qualquer temática que possa levar a sua emergência. Assim, em nome da sintonia relacional, o HIV e a aids entram na esfera do inominável, daquilo cujo nome não pode ser proferido, sendo metamorfoseados em “gastrite”, “pressão”, ou mesmo, “aquela doença”, “esse vírus”, “isso”, “aquilo”.

No que se refere às conjugalidades sorodiscordantes, os silêncios que atravessam as vivências ecoam na dinâmica dos casais, reverberando sobre os modos de ser e de se relacionar. A “doença que não pode ser proferida” cobra seu preço e a solidão, propiciada pelo silêncio, se sobressai nas narrativas dos participantes. É o que nos apresenta Carla (37 anos, soropositiva) que, embora tenha, ao longo de sua entrevista, reafirmado o amor que devota ao companheiro e a felicidade ocasionada pelo relacionamento, diz se sentir só ao lidar com o HIV. Quando a entrevista aconteceu, Carla tinha recebido o resultado de exames que mostravam, pela primeira vez, desde que se descobriu soropositiva, a supressão viral. Diante

deste resultado favorável, ela fala sobre o desejo de dividir a notícia com alguém e a tristeza de não ter com quem o fazer:

Eu acabei de saber: meu CD-4 tá lá em cima, meu HIV tá, como é que se diz? Indetectável. É a primeira vez que isso acontece nesse tempo todo. Quer dizer, sempre teve controladinho, mas desse jeito, é a primeira vez. Isso é uma conquista, não é? A minha vontade é de sair contando a todo mundo. Mas, não dá. Não dá pra chegar em casa: “olha, meu resultado deu indetectável,” porque não quero que ele olhe estranho pra mim: “Se tá indetectável agora, como será que tava antes?” [Imitando a voz do companheiro] Então, essa doença é muito triste por causa disso. Veja, se fosse outra coisa, se, Deus me livre, eu tivesse câncer, eu fizesse um exame e visse que não tinha mais nenhum caroço, eu ia chegar pra minha família, pra meu marido, e a gente ia comemorar, né? Mas, com o HIV, não dá. A gente tem que viver tudo caladinha, sozinha. Na alegria e na tristeza [risos].

Carla se refere à infecção, como algo que deve ser vivenciado solitariamente.

Alegrias e tristezas, associadas ao HIV, devem ser guardadas, restritas à relação íntima e particular, construída entre o sujeito e o vírus. O receio de ser vista de uma maneira diferente pelo companheiro faz com que Carla não compartilhe com ele suas conquistas relacionadas à infecção.

Segundo Sontag (2007), o sentimento de vergonha, associado à infecção, permite que muitas vezes a situação de soropositividade não seja dividida entre os familiares. A autora coloca, ainda, que a aids não é a única doença capaz de provocar rechaço social, mas está sempre relacionada a temas tabus e carrega símbolos que acabam por culpabilizar o sujeito que vive com HIV pela infecção, fato que intensifica o silêncio.

No que se refere ao HIV, apesar de a infecção ser algo que o par tenha conhecimento e que propicie negociações sobre práticas de prevenção e gestão sobre o risco, demais ocorrências que possam fazer emergir a temática, em geral, parecem ser evitadas pelo casal. A dinâmica cotidiana do par parece se adaptar a um contexto em que há um acordo subentendido de que alguns assuntos devem ser evitados. Enfim, no que concerne às relações sorodiscordantes, os silêncios e segredos parecem estar intrincados na organização da díade,

ora contribuindo para a coesão do casal, diante da emergência do vírus, ora sufocando os sentimentos não compartilhados, mas sempre necessários ao jogo da conjugalidade.

Considerações finais

O objetivo deste trabalho foi compreender a experiência de conjugalidade de pessoas que vivem em situação de sorodiscordância para HIV. As narrativas dos participantes apontaram para processos de subjetivação atravessados por discursos de verdade sobre o vírus e a síndrome, que acabam incidindo sobre a dinâmica do par. Para além do controle dos corpos e das sexualidades, a diferença sorológica parece marcar a relação afetivo-sexual, acentuando tensões sobre as diversas maneiras de lidar com o acometimento da infecção e a organização cotidiana do casal. Neste sentido, movimentos simultâneos de sujeição e resistência aos discursos que circulam sobre prevenção e risco não só tornam estes sujeitos inteligíveis para si e para os outros, como também se caracterizam como estratégias necessárias à construção e manutenção da coesão conjugal.

Ao longo desta jornada, debruçamo-nos sobre os processos de subjetivação, como elemento que organiza de forma distinta a (con)vivência com HIV/aids entre os parceiros. Neste sentido, refletimos sobre as implicações dos dispositivos discursivos nas formas de enfrentamento do vírus e na cotidianidade dos casais, no que compete às dimensões do cuidado, às negociações sexuais e aos posicionamentos, no que diz respeito aos discursos de prevenção e risco. A teorização foucaultiana nos auxiliou nesta caminhada, pois tencionar os elementos discursivos e não discursivos, que circulam sobre o HIV, e questionar os jogos de verdade, que se articulam pelo discurso da aids, favoreceram a compreensão da experiência dos sujeitos dentro do contexto da sorodiscordância. Não estabelecemos, com isto, uma relação de causa e efeito, mas tencionamos as condições sócio-históricas que possibilitam a organização e construção dessas uniões.

Iniciamos este estudo, partindo do pressuposto de que o entendimento da dinâmica das relações sorodiscordantes não se restringe aos aspectos da sexualidade, prevenção e

vulnerabilidade. De fato, as narrativas aqui apresentadas nos levam a acreditar que, embora os discursos que produzem formas de lidar com o vírus incidam fortemente sobre a organização do par, no que se refere às negociações de tecnologias de prevenção e roteiros sexuais, a entrada do vírus na vida a dois tem impacto sobre diferentes aspectos da dinâmica relacional, motivando sentimentos variados, alterando rotinas e o entendimento sobre si e sobre o outro.

O HIV ainda carrega uma forte marca social que se alicerça sobre preconceitos e estigmas. A associação da infecção aos famosos grupos de risco, até a atualidade, é reforçada por práticas discursivas que constroem o sujeito soropositivo e que corroboram a discriminação de grupos sociais. Hoje, a ideia de risco, construída por discursos científicos e políticos, e fundamentada em indicadores epidemiológicos, não dá conta da complexidade que envolve as ações de maior ou menor exposição ao vírus.

Embora o olhar da epidemiologia seja importante para termos uma visão geral sobre a incidência do HIV e, a partir de então, efetivar e avaliar as estratégias de resposta ao vírus, o conhecimento sobre a epidemia não pode ser reduzido a definições estatísticas e percentuais. Para compreender a epidemia faz-se necessário nos valer de diversas maneiras de “conhecê-la,” considerando as pessoas afetadas por ela, as circunstâncias, os contextos sociais e os discursos de verdades que constroem a realidade do HIV/aids. Afinal, como bem colocou Parker (2015), a vida das pessoas acometidas pelo vírus não pode ser reduzida a números.

Como pudemos perceber, ao longo deste estudo, a infecção ainda é atrelada a práticas discordantes que desafiam a lógica normativa social, culpabilizando e responsabilizando os sujeitos pelo acometimento do vírus. É como se além do vírus biológico, também enfrentássemos um vírus moral, em que as práticas dos sujeitos, o uso dos corpos e a sexualidade passam a ser parte de uma organização que demanda controle e higienização.

Dentro deste contexto, a partir das narrativas dos protagonistas deste estudo, podemos pensar que a descoberta da infecção é acompanhada de sentimentos dilacerantes,

que desestabilizam emocionalmente e se expressam por incertezas, incredulidade, medo e raiva. Os participantes, aqui entrevistados, ao narrar suas experiências diante da descoberta da soropositividade, apontaram para duas possibilidades de entendimento sobre o acometimento do vírus: não reconhecer a infecção como uma possibilidade possível, visto que a vida comedido não representaria um risco; ou se posicionando como merecedor das mazelas do mundo, quando a vida pregressa ao diagnóstico desafiava a normatividade, que impõe controle sobre seus corpos e sexualidades.

Obviamente, estes discursos que atravessam e constroem o entendimento do HIV/aids repercutem sobre os relacionamentos afetivo-sexuais dos casais. As falas dos participantes apontam que, independentemente de o envolvimento do par preceder ou não o diagnóstico, a revelação da soropositividade ao outro é sempre imersa à angústia e, muitas vezes, perpassada por certa obrigatoriedade de confessar seu status sorológico e, com isso, as suas práticas.

Nos relacionamentos afetivo-sexuais, construídos após o diagnóstico de um dos parceiros, a problemática se estabelece dentro do contexto da revelação ou não ao parceiro sobre a soropositividade. O medo de ter o relacionamento desfeito se entremeia com o sentimento de responsabilidade sobre o outro. As narrativas dos participantes revelam que, neste contexto, a descoberta da soropositividade, de um dos membros do par, provoca estranhamento e conflitos, mas nem sempre este estranhamento vence a vontade de estar junto e de continuar construindo a parceria.

As narrativas daqueles, cujo relacionamento precedeu a descoberta da soropositividade, também apontam para um momento bastante conflituoso para o par. No entanto, nestes casos, a entrada do vírus na vida a dois parece ser marcada por acusações e raiva. A partir de então, como numa “caça às bruxas,” a descoberta da soropositividade inicia uma perseguição ao culpado, aquele que foi responsável pela infecção. Assim, a constatação

da diferença sorológica é recebida com sentimentos ambíguos de alívio e frustração, alegria e dor.

Os jogos de verdade, que atuam sobre o controle dos corpos e que atravessam a maneira como a entrada do vírus na vida a dois é entendida, se organizam de maneira a exigir do casal adaptações e estratégias necessárias para a manutenção e/ou estabelecimento do relacionamento. O discurso da aids não só cria dificuldades do sujeito de falar sobre o vírus, mas torna a sexualidade asséptica e a afetividade controlada.

É nesse sentido, que dificilmente pode se contemplar a temática do HIV/aids sem abranger a dimensão da sexualidade. A emergência da aids no início dos anos 1980, entendida como uma doença, cuja principal via de infecção é sexual, reiterou o saber-poder sobre o sexo e legitimou tecnologias para se esmiuçar e vigiar as práticas sexuais, a estimulação dos corpos e seus prazeres. A sorodiscordância, então, se insere no cotidiano do par, comportando tensões e conflitos articulados por dispositivos de controle sobre a sexualidade e a vida. Tecnologias de biopoder e biopolítica, fundamentando-se na ideia de risco e prevenção, fazem circular verdades que atuam sobre os sujeitos, agenciando formas de lidar com a infecção, de ser soropositivo, de ser sorodiscordante e de ser casal.

Diante disso, podemos compreender que grande parte das produções científicas, levantadas na revisão sistemática da literatura deste trabalho, que tem a conjugalidade sorodiscordante como objeto de estudo, a evidencia como um desafio às políticas de saúde, destacando uma atuação profissional fundamentada no modelo biomédico, focada na doença e na cura e não no sujeito. Dentro deste contexto, o preservativo ganha centralidade nas discussões científicas, sendo tomado de duas maneiras possíveis: a primeira apresenta o preservativo como a principal barreira física eficaz na quebra do ciclo infeccioso, reforçando o seu uso regular e indispensável; a segunda questiona justamente o protagonismo do

preservativo nos discursos de prevenção e a maneira prescritiva e impositiva, como ele é recomendado.

O desenvolvimento deste trabalho possibilitou promover aproximações e críticas às produções científicas levantadas. Mas, sobretudo, a partir das narrativas das pessoas entrevistadas, foi possível compreender os efeitos destas construções de conhecimento, tanto científico, quanto político, na cotidianidade dos sujeitos e na maneira de lidar com a infecção, especialmente no que concerne à vivência da sexualidade.

Nas relações sorodiscordantes, a sexualidade parece ser sinalizada como ameaça e a prática sexual permeada por sentimentos de insegurança. Por denotar perigo, o sexo carece ser vigiado, examinado e higienizado. Assim, as negociações sobre as tecnologias de prevenção e a gestão do risco passam a ser parte da rotina do casal, ora se rendendo aos aparelhamentos discursivos dos instrumentos promotores da saúde, ora subvertendo as normas e criando estratégias de resistência à trama das relações de saber-poder sobre o vírus.

No entanto, a entrada do HIV na vida a dois compreende tensões na dinâmica conjugal do par que não podem ser reduzidas ao contexto da sexualidade, pois atuam sobre diferentes aspectos da organização e coesão da díade. As narrativas revelaram que o acometimento pelo vírus compõe a elaboração de diferentes estratégias necessárias para a construção e manutenção do relacionamento afetivo-sexual, que vão desde a negação da possibilidade de infecção, até o cuidado, a aceitação e o silêncio.

Foi possível perceber uma conjugalidade perpassada por sentimentos de gratidão e aceitação. Em meio a uma realidade de violência e discriminação, propiciada por uma doença de corpos abjetos, o sujeito soronegativo parece atribuir inteligibilidade ao parceiro, percebendo-o para além da infecção pelo HIV. Estabelece-se, assim, uma relação que transita entre os territórios da cumplicidade e insegurança, em que o medo de ter a relação desfeita e o desejo de estar junto caminham lado a lado.

O cuidado se insere no contexto da conjugalidade sorodiscordante, como uma forma de conhecimento sobre si e governo do outro, promovendo certa gerência sobre a maneira de se relacionar. Nesse sentido, o cuidado se expressa por práticas de vigilância que reverberam sobre o entendimento da infecção e a maneira de lidar com ela. Assim, tecnologias de prevenção são adotadas ou descartadas, ideias sobre risco são construídas ou negadas, a sexualidade é problematizada ou reduzida ao sexo, a sorodiscordância é discutida ou fadada ao silêncio.

Este silêncio, por sua vez, parece marcar a experiência da conjugalidade sorodiscordante. As narrativas indicam que conteúdos que podem fazer emergir a temática da infecção, geralmente são evitados pelo casal. Para isso, os sujeitos lançam mão de diferentes recursos, como não expressar o que sentem ou usar de artifícios para disfarçar o uso de medicamentos, por exemplo. O silêncio resguarda sentimentos de insegurança, mas, ao mesmo tempo, inspira cuidado: cuidado com o outro, cuidado com a relação, cuidado consigo. Assim, dentro da organização da díade, o silêncio assiste à construção e/ou manutenção dos relacionamentos, caracterizando-se como uma das estratégias necessárias à coesão do par.

Frisamos que, apesar de encontrar consonâncias nas falas dos participantes que remetem ao universo da temática do HIV/aids, não tivemos a pretensão de promover generalizações, visto que entendemos a experiência como um processo de subjetivação singular. Acreditamos que a riqueza da história de cada protagonista aqui apresentado, por si só já evidencia diferentes e importantes aspectos psicossociais da aids. Neste caso, a exploração das narrativas endossa uma triste realidade: as pessoas que vivem com HIV, além de administrar as mazelas do corpo, através da manipulação de medicamentos e consultas recorrentes a instituições de saúde, ainda têm que lidar com a moralidade de uma sociedade excludente. A infecção é, a todo momento, lembrada e apontada, seja por casos de violência exposta, como conviver com um caixão na sala de casa, seja por uma hostilidade velada,

expressa por olhares, comentários estigmatizantes ou mesmo o medo de ter a soropositividade socialmente exposta.

No entanto, dizer que não houve mudanças no entendimento da epidemia é no mínimo irresponsável. Os aspectos mais contemporâneos sobre os avanços nas tecnologias biomédicas de prevenção, as problematizações em torno da ideia de risco e as reflexões sobre o conceito de vulnerabilidade, as ações de coletivos que objetivam potencializar a autonomia e empoderar grupos sociais marcados historicamente por desigualdades e exclusões, são alguns indicativos das transformações ocorridas ao longo dessas quase quatro décadas. Contudo, as narrativas aqui apresentadas evidenciam que, apesar dos vários avanços, ainda há um longo caminho que necessita ser percorrido no curso da resposta à epidemia.

Sobre as tecnologias de prevenção biomédicas, embora reconheçamos a importância dos seus avanços nas estratégias de resposta ao vírus, entendemos que o enfrentamento ao HIV não pode ser reduzido ao campo da biomedicina. Deve-se, sim, considerar e contemplar os diferentes aspectos do contexto do vírus, sejam eles culturais, sociais e humanos. As estratégias de prevenção necessitam se adaptar às diversidades e demandas dos sujeitos. Sendo assim, a PrEP, a PEP, a TcP, ou mesmo o preservativo (masculino e feminino), são apenas algumas das tecnologias que compõem o leque de possibilidades de escolha dos sujeitos. Apresentadas as opções, estas escolhas devem ser consideradas e respeitadas pelas políticas de promoção e prevenção em saúde, independentemente do pertencimento do sujeito a grupos de vulnerabilidade.

No que concerne ao HIV/aids e os relacionamentos sorodiscordantes, as narrativas dos protagonistas deste estudo apontam para modos de ser disciplinados e/ou subversivos, e todas estas possibilidades precisam ser acolhidas, escutadas e consideradas pelas políticas de saúde. No entanto, a carência de uma prática profissional humanizada e sensível à subjetividade dessas pessoas, tanto no acolhimento para o TARV, quanto na efetivação de

políticas de saúde psicossociais, voltadas para este tipo de relacionamento e para a discussão desta temática, afasta o parceiro soronegativo das instituições de saúde, mantendo as relações afetivo-sexuais entre sorodiscordantes na invisibilidade social, ao mesmo tempo em que as sobrecarrega de estereótipos. Pois, a ciência médica se limita ao aspecto biológico e patológico, desconsiderando outros aspectos da vida do sujeito.

Não queremos dizer com isso que as atuais estratégias de intervenção articuladas por políticas e programas de saúde não apresentem benefícios àqueles que (con)vivem com o HIV, mas que essas políticas apresentam falhas no direcionamento de suas ações estratégicas. Faz-se necessário repensar o modelo prescritivo e vertical que determina e decide pelo sujeito o que é melhor para ele, pois a incorporação de tecnologias de prevenção e promoção da saúde não pode ser realizada de maneira autoritária. A prevenção e o acolhimento das pessoas que (con)vivem com HIV precisam ser pensados e realizados de forma integral e dialógica entre todos os profissionais de saúde, usuários dos serviços, gestores, movimentos e organizações sociais e autoridades.

Mais do que disponibilizar medicamentos, o acesso ao tratamento representa um posicionamento social e político, diante de um vírus estigmatizado e estigmatizante. Neste sentido, a atuação do profissional de saúde ou de qualquer outro que trabalhe com a população que (con)vive com o HIV/aids não pode se restringir a prescrições de formas de se cuidar, tratar e viver. É preciso problematizar, debater, falar sobre o vírus, falar sobre a aids, pensar sobre o leque de possibilidades de tratamento e prevenção. Mas, mais do que isso, é preciso falar sobre sexualidade, dar visibilidade a orientações sexuais e à diversidade de gênero e combater a intolerância.

É claro que aqui, ao apontar a necessidade de se tomar estas temáticas e suas implicações, como elementos de discussão social, não estamos nos referindo a novas formas de fazer circular verdades sobre maneiras corretas de viver, se comportar ou fazer sexo, mas

oferecer aos sujeitos espaços de escuta e acolhimento, que favoreçam a autonomia, empoderamento e respeito, seja estes espaços ambulatoriais médicos ou salas de aula, instituições formais ou praças públicas. Sobretudo, mais do que falar, é preciso ouvir. Ouvir o que as pessoas têm a dizer sobre a infecção, sobre suas paixões, sobre suas relações interpessoais, sobre suas vidas e suas histórias.

Dentro desta perspectiva, o cenário contemporâneo que se constrói e toma forma na nossa sociedade evidencia circunstâncias polarizadas. Se, por um lado, tecnologias de prevenção, como a PrEP, começam a ser disponibilizadas pelo SUS e se reconhece que pessoas com carga viral indetectável não transmitem o HIV, representando avanços na maneira de lidar com a infecção, por outro, o cenário se mostra sombrio, quando o assunto é desejo, sexualidade e erotismo. Manobras políticas, concepções religiosas e inclinações conservadoras promovem obstáculos ou mesmo censuram expressões sociais, fundamentando-se no critério do moralismo e intolerância.

O recente fechamento prematuro da exposição Queermuseu – Cartografias da Diferença na Arte Brasileira, que apresentava obras que discutiam a diversidade de gênero e de sexualidade, após uma série de protestos e manifestações articulada, em sua maioria, por grupos religiosos e pelo Movimento Brasil Livre (MBL), é um dos vários exemplos do contexto delicado de intolerância que vivenciamos e da dificuldade de se promover discussões sobre as diversidades. Ações como esta e outras, muitas vezes veladas e sutis, fazem calar as possibilidades de expressão das sexualidades e dos sexos, reforçando a dificuldade de se verbalizar e discutir sobre assuntos “proibidos,” que acabam por ter um impacto negativo na resposta ao HIV, pois afastam as pessoas, ampliam desigualdades, promovem discriminação e intolerância e impedem a promoção da reflexão e do diálogo.

Diante deste cenário, cabe pensar sobre como as “novidades,” no campo do HIV/aids são recebidas pelos sujeitos e quais os efeitos delas no cotidiano das pessoas que (con)vivem

com o vírus. Quais os impactos na vida dessas pessoas, sobretudo na cotidianidade dos casais sorodiscordantes, da recente constatação de que pessoas com supressão viral não transmitem o HIV? Além disso, considerando que a PrEP só começou a ser ofertada pelo SUS em dezembro de 2017 e que só está disponível em alguns municípios brasileiros, é pertinente questionar sobre como este serviço está sendo apresentado aos sujeitos que (con)vivem com o HIV? E, ainda, tendo em vista que as parcerias, constituídas por pessoas com discordância sorológica, se caracterizam como um dos grupos prioritários no acesso a este tipo de profilaxia, perguntamos: quais os efeitos desta “nova” possibilidade na vida afetivo-sexual desses casais?

Destacamos, ainda, que ao longo da construção deste trabalho, a exploração do campo de estudo nos propiciou observar que a marca do HIV e o discurso da aids, muitas vezes, cerram sentimentos, vivências, medos, dúvidas e incertezas. Assim, os silêncios e segredos, que evidenciamos neste estudo e apontamos como artifícios utilizados pelos sujeitos, na maneira de lidar com o acometimento pelo HIV, não se restringem à organização e dinâmica da conjugalidade sorodiscordante, mas anunciam uma realidade da epidemia e das pessoas que (con)vivem com o vírus. Diante destas reflexões, ressaltamos a importância da escolha metodológica na elaboração deste estudo, pois, entrevistar individualmente os protagonistas se mostrou uma estratégia bastante positiva, no sentido de favorecer a emergência de conteúdos, que muitas vezes são velados ao parceiro e a terceiros.

É exatamente aqui que salientamos a relevância do campo de estudo em que este trabalho está inserido, como uma possibilidade de romper a hegemonia da compreensão médico-cientificista sobre a organicidade da infecção. A Psicologia se caracteriza como um importante instrumento no âmbito das intervenções em saúde, ao evidenciar o ser humano em sua integralidade e singularidade. A prática psicológica se debruça sobre o ser humano que sofre para além da sua infecção ou das mazelas do corpo, promovendo espaços de

acolhimento que favoreçam a escuta das experiências dos sujeitos, considerando os aspectos subjetivos e as especificidades relacionais daqueles que (con)vivem com o HIV.

A observação do lócus do estudo nos fez perceber que a recepção, em que os usuários do serviço geralmente aguardam atendimento ambulatorial, representa um espaço e um momento em que os sujeitos abrandam as amarras do julgamento social, pois encontram ali pessoas com quem têm algo em comum, propiciando identificações e aproximações afetivas. Fato que nos leva a pensar que este momento de espera poderia ser utilizado por um profissional, sensível ao contexto do HIV/aids e aos seus efeitos nos processos de subjetivação, como um espaço de intervenção, em que, respeitados os indicativos éticos, os sujeitos poderiam ser convidados a compartilhar experiências. Assim, tendo a sua fala valorizada e a escuta assegurada, promovendo-se o respeito e aceitação ao outro, acreditamos que a autoestima desses sujeitos poderia ser favorecida, a autonomia potencializada e os preconceitos desconstruídos.

Para além deste espaço ambulatorial, se o HIV/aids ainda resguarda estigmas e preconceitos que levam a maioria dos sujeitos a vivenciar a infecção em silêncio ou em segredo, espaços de convivência em grupo, em que as expressões de cada indivíduo possam ser ouvidas e valorizadas, dúvidas possam ser esclarecidas livremente e sem julgamento moral, e experiências compartilhadas podem representar um importante espaço de promoção de saúde, no seu sentido mais amplo, aquele que abrange e valoriza os aspectos culturais, sociais e políticos da epidemia.

Enfim, para além de promover uma maior divulgação sobre as relações sorodiscordantes, o engajamento político deste estudo se faz no sentido de promover reflexões sobre as regulações das conjugalidades e os discursos que incidem sobre o controle dos corpos e das sexualidades, fazendo emergir modos de ser sujeito que reiteram estereótipos e exclusões. Aponta-se para a necessidade de discussões e políticas de saúde éticas que

possibilitem o acolhimento das diferenças e das singularidades, nas diversas maneiras de se (con)viver com o HIV. Esperamos que os resultados deste estudo ampliem a discussão e o conhecimento sobre esta temática, oferecendo subsídios para a implementação de serviços de acolhimento que atentem para as especificidades dessas relações.

Se ao iniciar os capítulos analíticos deste estudo, o fizemos, destacando alguns trechos do Diário de Campo que evidenciavam a imersão e afetação da pesquisadora no e pelo universo trabalhado, aqui, também, optamos por lançar luz sobre ele, para finalizar o nosso percurso. Ressaltamos, no entanto, que este recorte do Diário de Campo indica o desfecho deste estudo ou do caminho analítico que buscamos construir, mas não encerra as reflexões suscitadas pelo contexto da conjugalidade sorodiscordante, tampouco finda as possibilidades interpretativas diante da riqueza das narrativas daqueles que protagonizaram este trabalho.

As histórias são surpreendentes. Mesmo aquelas que apontam para a “normalidade” da realidade do HIV, trazem uma riqueza de conteúdo, uma riqueza de sentimentos. As falas transitam entre um coquetel de emoções, demonstrando que dentro de um mesmo indivíduo habitam diversos modos de ser, pois ora apontam para certa fragilidade e desamparo, ora evidenciam a força e o furor de pessoas que têm que lidar diariamente com diversas adversidades. A imagem que me transmitem às vezes é a de fortalezas desgastadas pela ação do tempo, cujas rachaduras demandam atenção e zelo. Pessoas que tem muito a dizer e demandam ser ouvidas, mas são coercivamente emudecidas por um vírus que fala alto, mas ao mesmo tempo faz calar (Diário de Campo).

Referências⁶

- Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids. (2004). *Casais Sorodiscordantes: dicas para uma vida saudável, seguro e feliz*. Rio de Janeiro: Autor.
- Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids. (2010). *Tudo dentro*. Rio de Janeiro: Autor.
- Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids. (2014). *Prevenção combinada: barreiras ao HIV*. Rio de Janeiro: Autor.
- Amorim, C. M., & Szapiro, A. M. (2008). Analisando a problemática do risco em casais que vivem em situação de sorodiscordância. *Ciência e Saúde Coletiva*, 13(16), 1859-1868.
- Arán, M., & Peixoto Júnior, C. A. (2007). Subversões do desejo: sobre gênero e subjetividade em Judith Butler. *Cadernos Pagu*, 28, 129-147.
- Barreiro, P., Castilla, J.A., Labarga, P., & Soriano, V. (2007). Is natural conception a valid option for HIV-serodiscordant couple? *Human Reproduction*, 22(9), 2353 – 2358.
- Baeten, J. M., Donnell, D., Ndase, P., Mugo, N. R., Campbell, J. D., Wangisi, J. et al. (2012). Antiretroviral prophylaxis for HIV prevention in heterosexual men and women. *The New England Journal of Medicine*. 367(5), 399-410. Recuperado em 17 de janeiro de 2018, de <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1108524#t=article>
- Beck, U. (2010). *Sociedade de risco: rumo à outra modernidade*. São Paulo: Ed. 34.
- Butler, J. (2003). *Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Cohen, M. S., Chen, Y. Q., McCauley, M., Gamble, T., Hosseinipour, M. C., Kumarasamy, N. et al. (2016). Antiretroviral therapy for the prevention of HIV-1 transmission. *The New England journal of medicine*. 375(9), 830 - 839. Recuperado em 17 de janeiro de 2018, de https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/16404/2/jh_pilotto_et al_IOC_2016.pdf
- Daniel, H., & Parker, R. (1991). *AIDS, a terceira epidemia: ensaios e tentativas*. São Paulo, editora Iglu.
- Dalapria, T. R. & Ximenes Neto, F. R.G. (2004). Práticas sexuais e escolhas reprodutivas de casais sorodiferentes para o HIV. *J bras Doenças sex. transm.* 16(4), 19-26.
- Encontro Nacional de ONG que trabalham com Aids (ENOG, 1989). *Declaração dos direitos fundamentais da pessoa portadora do vírus da aids*. Porto Alegre.
- Fernandes, N. M. (2013). *Vulnerabilidade ao hiv/ aids entre casais sorodiscordantes acompanhados no Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas/FIOCRUZ*. Tese de Doutorado, Programa de Pós-Graduação em Pesquisa Clínica em Doenças

⁶ De acordo com o estilo da APA – American Psychological Association

Infecciosas, Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas – Fiocruz, Rio de Janeiro.

- Fernandes, H. & Horta, A. L. M. (2005). Percepções de alunas de graduação em enfermagem sobre parcerias sorodiscordantes para o HIV/aids. *Revista Latino-americana de enfermagem*, 13(4), 522-529.
- Ferreira Neto, J. (2008). A Experiência da Pesquisa e da Orientação: uma Análise Genealógica. *Fractal: Revista de Psicologia*, 20(2), 533-546.
- Fischer, R. M. B. (2001). Foucault e a análise do discurso em educação. *Cadernos de Pesquisa*, 114, 197-223.
- Fonner, V. A., Dalglish, S. L., Kennedy, C. E., Baggaley, R., O'Reilly, K. R., Koechlin, F. M. et al. (2016). Effectiveness and safety of oral HIV preexposure prophylaxis for all populations. *AIDS*. 30(12), 1973-1983. Recuperado em 17 de janeiro de 2018, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4949005/>
- Fontanella, B. J. B., Campos, C. J. G., & Turato, E. R. (2006). Coleta de dados na pesquisa clínico-qualitativa: uso de entrevistas não-dirigidas de questões abertas por profissionais de saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14(5), 812-820.
- Foucault, M. (1986). *A arqueologia do saber*. Rio de Janeiro: Forense.
- Foucault, M. (1995). O sujeito e o poder. In H. L. Dreyfus & P. Rabinow (Orgs.), *Michel Foucault: Uma trajetória filosófica - Para além do estruturalismo e da hermenêutica* (pp. 231-246). Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Foucault, M. (1999). *A Ordem do Discurso*. São Paulo: Loyola.
- Foucault, M. (2004). *Microfísica do poder*. São Paulo: Graal.
- Foucault, M. (2005). Aula de 17 de março de 1976. In *Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976)* (pp. 285-315). São Paulo: Martins Fontes.
- Foucault, M. (2007). *A História da sexualidade I: a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Edições Graal.
- Foucault M. (2008). *Ditos e escritos II: arqueologia das ciências e histórias dos sistemas de pensamento*. Rio de Janeiro: Forense Universitária
- Foucault, M. (2010). Poder e saber. In M. Foucault, & M. B. Motta (Ed.), *Ditos & escritos estratégia, poder-saber* (pp. 223-240). Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Galvão, J. (1992). *Estudos antropológico sobre os meios de comunicação e a aids*. Dissertação de mestrado, Museu Nacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Grant, R. M., Lama, J. R., Anderson, P. L., McMahan, V., Liu, A. Y., Vargas, L. et al. (2010). Preexposure chemoprophylaxis for HIV prevention in men who have sex with men. *The New England Journal of Medicine*, 363(27), 2587-2599. doi:

10.1056/NEJMoa1011205. Recuperado em 17 de janeiro de 2018, de <http://www.natap.org/2010/HIV/nej.pdf>

- Grulich, A. E., Bavinton, B. R., Jin, F., Prestage, G., Zablotska, I., Grinsztejn, B. et al. (2015). *HIV transmission in male serodiscordant couples in australia, Thailand and Brazil*. Trabalho apresentado na Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections. Resumo recuperado em 17 de janeiro de 2018, de <http://www.croiconference.org/sessions/hiv-transmission-male-serodiscordant-couples-australia-thailand-and-brazil>
- Heilborn, M. L. (2004). *Dois é par – Gênero e identidade sexual em contexto igualitário*. Rio de Janeiro: Garamond.
- Jeronymo, C. (2005). Análise do discurso: as marcas do sujeito. *Conteúdo: Nucleo de Produção Científica e Cultural da CNEC Capivari*, 135-142.
- Knauth, D. R. (1999). Subjetividade Feminina e Soropositividade. In R. M. Barbosa, & R. G. Parker (Orgs.), *Sexualidade pelo avesso: direitos, identidade e poder*. São Paulo: Editora 24.
- Knauth, D. R. (2003). A 'sorodiscordância': questões conceituais e projetos em andamento - Comentários. In I. Maksud, V. Terto Jr., M. C. Pimenta, & R. Parker (Orgs.), *Conjugalidade e Aids: a questão da sorodiscordância e os serviços de saúde*. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids.
- Lago, E. L. M. (2011). *Sorodiscordância e equipe profissional: estudo qualitativo da assistência em ambulatório especializado em HIV/AIDS no município de Niterói*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Lago, E. L. M., Maksud, I., & Gonçalves, R. S. (2013). A “sorodiscordância” para profissionais de saúde: estudo qualitativo da assistência em ambulatório de HIV/aids em município do estado do Rio de Janeiro. *Temas em psicologia*, 21(3), 973-988.
- Lima, R. D. M. (2015). *A Experiência de viver com HIV/Aids, relações afetivo-sexuais e adesão ao tratamento*. Tese de doutorado, Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica, Universidade Católica de Pernambuco, Recife.
- Mann, J., Tarantola, D. J. M., & Netter, T. (Orgs.), (1993). *A AIDS no mundo: história social da AIDS*. Rio de Janeiro: Relumê Dumará.
- Marques, C. C., Marcílio, M. L., & Berridge, V. (2002). História e saúde: um diálogo sobre a epidemia de AIDS/HIV. *Maringá*, 1(1), 171-180.
- Marques, R. D.; Vieira, L. L. F. & Amazonas, M. C. L.A. (2016). A experiência: descoberta da soropositividade e viver com HIV/Aids. In L. F. Rios; Vieira, L. L. & T. N. Queiroz (Orgs.), *HIV e Aids: desafios rumo a 2030*. Recife: UFPE
- Maksud, I. M. J. (2007). *Casais sorodiscordantes: conjugalidade, práticas sexuais e HIV/AIDS*. Tese de Doutorado, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

- Maksud, I. M. J. (2009). O discurso da prevenção da Aids frente às lógicas sexuais de casais sorodiscordantes: sobre normas e práticas. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 19(2), 349-369.
- Maksud, I. M. J. (2012). Silêncios e segredos: aspectos (não falados) da conjugalidade face à sorodiscordância para o HIV/AIDS. *Cad. Saúde Pública*, 28(6), 1196-1204.
- Mayer, K. H., Hosek, S., Cohen, S. Liu, A., Pickett, J., Warren, M. et al. (2015). Antiretroviral pre-exposure prophylaxis implementation in the United States: a work in progress. *Journal of the International AIDS Society*, 18(Suppl 3), 19980. Recuperado em 17 de janeiro, 2018, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4509893/>
- McCormack, S., Dunn, D., Desai, M., Dolling, D., Gafos, M., Gilson, R. et al. (2016). Pre-exposure prophylaxis to prevent the acquisition of HIV-1 infection (PROUD): effectiveness results from the pilot phase of a pragmatic open-label randomized trial. *Lancet*, 387, 53-60. DOI: 10.1016/S0140-6736(15)00056-2. Recuperado em 17 de janeiro de 2018, de [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(15\)00056-2/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(15)00056-2/fulltext)
- Meirelles, B. H., Silva, D. M., Vieira, F. M., Souza, S. D., Coelho, I. Z., & Batista, R. (2010). Percepções da qualidade de vida de pessoas com HIV/aids. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 3, 68-76.
- Melo, D. A. P. (2017). *Velhice, adoecimento e morte: uma estilística da existência*. Tese de Doutorado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica, Universidade Católica de Pernambuco, Recife.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. (2014). *Cartilha AIDS e DSTs*. Brasília, DF: Autor.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. (2015). *Manual técnico para o diagnóstico da infecção pelo HIV*. Brasília, DF: Autor.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. (2016). *Álbum seriado das IST: material de apoio para profissionais de saúde*. Brasília, DF: Autor.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. (2017a). *Prevenção combinada do HIV: bases conceituais para profissionais, trabalhadores(as) e gestores(as) de saúde*. Brasília, DF: Autor.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. (2017b). *Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para profilaxia pós-exposição (PEP) de risco à infecção pelo HIV, IST e hepatites virais*. Brasília, DF: Autor.

- Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. (2017c). *Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para profilaxia pré-exposição (PrEP) de risco à infecção pelo HIV*. Brasília, DF: Autor.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. (2017d). *Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatites virais*. Brasília, DF: Autor.
- Molina, J. M., Capitant, C., Spire, B., Pialoux, G., Cottes, L., Charreau, I. et al. (2015). On-Demand Preexposure Prophylaxis in Men at High Risk for HIV-1 Infection. *The New England Journal of Medicine*, 373(23), 2237-2246. DOI: 10.1056/NEJMoa1506273. Recuperado em 17 de janeiro de 2018, de <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1506273#t=article>
- Mujugira, A., Celum, C., Coombs, R. W., Campbell, J. D., Ndase, P., Ronald, A. et al. (2016). HIV transmission risk persists during the first 6 months of antiretroviral therapy. *J Acquir Immune Defic Syndr*, 72(5), 579-584. Recuperado em 17 de janeiro de 2018, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5106226/>
- Nascimento, V. L. V. (2002). *Contar ou não contar: a revelação do diagnóstico pelas pessoas com HIV/AIDS*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
- Neves, F. R. A. L. (2003). *O aconselhamento para realização da sorologia anti-HIV em gestantes: factibilidade e utopias*. Dissertação de Mestrado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Otten, R. A., Smith, D. K., Adams, D. R., Pullium, J. K., Jackson, E., Kim, C. N. et al. (2000). Efficacy of postexposure prophylaxis after intravaginal exposure of pig-tailed macaques to a human-derived retrovirus (human immunodeficiency virus type 2). *Journal of virology*, 74(20), 9771-9775. Recuperado em 17 de janeiro de 2018, de <http://jvi.asm.org/content/74/20/9771.full>
- Parker, R. (2000). *Na Contramão da Aids – Sexualidade, Intervenção, Política*. Rio de Janeiro: Abia/Editora 34.
- Parker, R. (2015). *O fim da aids?*. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids
- Pelúcio, L., & Miskolci, R. (2009). A prevenção do desvio: o dispositivo da aids e a repatologização das sexualidades dissidentes. *Sexualidad, Salud y Sociedad – Revista Latinoamericana*. 1, 125-157.
- Pinto, V. C. (2016). *Sexualidade na Escola: Discurso de Alunos, Mães e Professores*. Tese de Doutorado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica, Universidade Católica de Pernambuco, Recife.
- Polejack, L. (2001). *Convivendo com a diferença: dinâmica relacional de casais sorodiscordantes para HIV/Aids*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília.

- Reis, R. K. (2004). *Convivendo com a diferença: o impacto da sorodiscordância na vida afetivo-sexual de portadores do HIV/aids*. Dissertação de mestrado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Programa de Pós-graduação do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- Reis, R. K., & Gir, E. (2005). Dificuldades enfrentadas pelos parceiros sorodiscordantes ao HIV na manutenção do sexo seguro. *Revista Latino-americana de enfermagem*, 13(1), 32-37.
- 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), 662-669.
- Reis, R. K., & Gir, E. (2010). Convivendo com a diferença: o impacto da sorodiscordância na vida afetivo-sexual de portadores do HIV/AIDS . *Revista Esc. Enferm.*, 44(3), 759-765.
- Resolução n. 1359/92 (1992). Conselho Federal de Medicina. Recuperado em 10 de fevereiro de 2018, de http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1992/1359_1992.htm.
- Resolução n. 1665/2003. (2003). Dispõe sobre a responsabilidade ética das instituições e profissionais médicos na prevenção, controle e tratamento dos pacientes portadores do vírus da SIDA (AIDS) e soropositivos. Conselho Federal de Medicina. Recuperado em 10 de fevereiro de 2018, de http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2003/1665_2003.htm
- Rocha, M. D. H. A., & Samudio, M. (2013). Resgatando a história social da Aids no mundo: reflexões sobre o caminho da vulnerabilidade. *Revista Científica CENSUPEG*, 2, 209-218. Recuperado em 02 de fevereiro de 2016, de <file:///C:/Documents%20and%20Settings/aluno.UNICAP/Meus%20documentos/Downloads/128-352-1-PB.pdf>
- Rocha, S., Vieira, A., & Lyra, J. (2013). Silenciosa conveniência: mulheres e aids. *Revista Brasileira de Ciências Políticas*, 11, 119-141.
- Rodger, A. J., Cambiano, V., Bruun, T., Vernazza, P., Collins, S., Lunzen, J. V. et al. (2016). Sexual activity without condoms and risk of HIV transmission in serodifferent couples when the HIV-positive partner is using suppressive antiretroviral therapy. *Jama*, 316(2), 171-181. Recuperado em 17 de janeiro de 2018, de <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2533066>
- Romanowski, J. P., & Ens, R. T. (2006). As pesquisas denominadas do tipo “Estado da Arte” em educação. *Diálogo Educ.*, 6(19), 37-50.
- Sallem, H. T., Narasimhan, M., Denison, J., & Kennedy, C. E. (2017). Achieving pregnancy safely for HIV-serodiscordant couples: a social ecological approach. *Journal of the International AIDS Society*, 20(Suppl 1), 21331. Recuperado em 17 de janeiro de 2018, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5577721/>
- Santos, D. F., Silva, A. M., Máximo, F. B., & Azevedo, E. (2007). Casais Sorodiscordantes e HIV/AIDS: a interdisciplinaridade como modelo assistencial. *Interagir: pensando a extensão*. 11, 73-78.

- Sierra, J. C. (2013). Corpo, sexualidade e poder: a homossexualidade na mídia e as biopolíticas de prevenção contra a AIDS. *Textura*, 28, 111-128.
- Silva, A. M. (2007). *Entre a cama e o ambulatório: a biomedicina e a vida sexual dos casais sorodiscordantes com HIV/Aids*. Dissertação de mestrado, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Instituto de medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Silva, L. M. F. (2012). *Fazendo a diferença: as dinâmicas da conjuguidade sorodiscordante pada HIV/AIDS*. Tese de Doutorado, Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.
- Silva, A. M., & Camargo Jr., K. R. (2011). A invisibilidade da sorodiscordância na atenção às pessoas com HIV/AIDS. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(12), 4865-4873.
- Silva, G. D., & Silva, J. M. (2012). Da análise do discurso à apreciação das práticas discursivas: possibilidades metodológicas para a pesquisa em educação. *Revista do Diferente*, 2(3), 1-19.
- Sontag, S. (1989). *Aids e suas metáfora*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Thigpen, M. C., Kebaabetswe, P. M., Paxton, L. A., Smith, D. K., Rose, C. E., Segolodi, T. M. et al. (2012). Antiretroviral preexposure prophylaxis for heterosexual HIV transmission in Botswana. *The New England Journal of Medicine*, 367(5), 423-434. Recuperado em 17 de janeiro de 2018, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22784038>
- Turato, E. R. (2008). *Tratado da metodologia da pesquisa clinica-qualitativa*. Rio de Janeiro: Vozes.
- Unaid (2017a). *Ending Aids: progress Towards the 90-90-90 targerts*. Global AIDS Update.
- Unaid (2017b). Guia de Terminologias do Unaid.
- Veiga-Neto, A. (2007). *Foucault e a Educação*. Belo Horizonte: Autêntica Editora.
- Veiga-Neto, A. (2009). Teoria e método em Michel Foucault (im)possibilidades. *Cadernos de Educação*, 34, 83-94.
- Weber, F. (2009). A entrevista, a pesquisa e o íntimo, ou: por que censurar seu diário de campo? *Horizontes Antropológicos*, 15(32), 157-170.

APÊNDICE

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

APÊNDICE A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título da pesquisa - HIV/AIDS E CONJUGALIDADE: A EXPERIÊNCIA E O IMPACTO DA SORODISCORDÂNCIA NA VIDA AFETIVO-SEXUAL DE CASAIS

Você está sendo convidada/o a participar de uma pesquisa que objetiva compreender, em casais sorodiscordantes para o HIV/Aids, o sentido dado à experiência de conjugalidade. Por este motivo, sua participação é de extrema importância, já que para alcançar nossos objetivos, precisamos escutar as suas experiências de vida.

Esperamos que os resultados ampliem a discussão e o conhecimento sobre sorodiscordância ao HIV/Aids entre casais, oferecendo subsídios teóricos aos profissionais que lidam direta ou indiretamente com Aids, saúde e/ou família. Os produtos e resultados esperados deste trabalho poderão contribuir para a avaliação, adequação ou implementação de políticas preventivas específicas para este grupo.

Pretendemos, também, que os resultados sejam apresentados em eventos científicos, tais como: congressos, simpósios, e outros e que deem origem a artigos científicos publicados em periódicos e livros.

Sabemos que qualquer situação que envolve pessoas pode causar algum tipo de desconforto, principalmente quando se trata de um tema relacionado a aspectos particulares. Este estudo, em particular, abrangerá questões de fórum íntimo, tais como: sexo, orientação sexual, práticas sexuais, filosofia de vida, adoecimento, relacionamento afetivo-sexual, desejos, dentre outros. Dessa maneira, tentaremos alcançar os objetivos da pesquisa da forma menos invasiva possível, respeitando o máximo possível os participantes e considerando todas as implicações éticas do processo. Todos os cuidados serão tomados, tanto durante o decorrer

da entrevista quanto posteriormente, no sentido de oferecer atenção psicológica, caso seja necessário. De todo modo, você poderá interromper sua participação a qualquer momento, sem sofrer nenhum tipo de prejuízo.

Assim que a pesquisa for concluída os resultados lhe serão comunicados através de entrevista individual. Os produtos encontrados a partir desse estudo também serão apresentados em Congressos e Simpósios sem, no entanto, de nenhum modo permitir a identificação dos participantes.

Vale ressaltar que este Termo de Consentimento Livre Esclarecido será assinado em duas vias, sendo que uma ficará de posse do participante e a outra de posse da pesquisadora. Esta medida é necessária para assegurar os direitos e responsabilidades de ambas as partes.

Eu, _____, dou meu consentimento livre e esclarecido para participação como voluntário(a) desta pesquisa, sob a responsabilidade da pesquisadora Gilclécia Oliveira Lourenço, psicóloga (CRP 02/15.463) e doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica da Universidade Católica de Pernambuco, sob a orientação Prof.^a. Dr.^a Maria Cristina Lopes de Almeida Amazonas.

Após ouvir os esclarecimentos, assino este Termo de Consentimento ciente de que:

- 1) Obtive todas as informações necessárias para poder decidir conscientemente sobre a participação na referida pesquisa;
- 2) Durante o estudo participarei de uma entrevista cujo tempo de duração não pode ser estimado de antemão, e que a entrevista será gravada;
- 3) Meus dados pessoais serão mantidos em sigilo sob responsabilidade deste pesquisador e do programa de pós-graduação em Psicologia Clínica da Universidade Católica de Pernambuco;
- 4) Os resultados gerais obtidos através da pesquisa serão utilizados apenas para alcançar o objetivo do trabalho exposto acima, incluindo sua publicação na literatura científica

especializada;

5) Poderei contatar o Comitê de Ética da Universidade Católica de Pernambuco para apresentar recursos ou reclamações em relação à pesquisa (Pró-Reitoria Acadêmica da UNICAP, localizada na Rua Almeida Cunha, 245 – Santo Amaro – Bloco G4 – 8º andar – CEP 50050-480, Recife- PE – Brasil. Telefone (81) 2119.4376 – FAX (81) 2119.4004 - Endereço eletrônico: pesquisa_prac@unicap.br), o qual encaminhará o procedimento adequado.

6) Terei acesso aos resultados da pesquisa, através do pesquisador responsável pelo projeto, assim que for encerrada a análise e elaboração da tese.

Recife, _____ de _____ de 2015.

Assinatura da(o) participante: _____

RG do participante: _____

Pesquisadora responsável:

Gilclécia Oliveira Lourenço

Matrícula: 2014800051

CPF: 064.613.554-64

Telefone: (81) 9 9969-9616

Email: gilcleciaoliveira@yahoo.com.br

Local de realização da pesquisa:

Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros

Rua Visconde de Mamaguape, s/nº

Encruzilhada, Recife-PE

CEP: 52.030-010

Telefone: (81) 3182-7729

Email: cisam@cisamupe.com.br

ANEXOS

ANEXO A - Certidão do Conselho de Ética em Pesquisa

ANEXO B - Declaração dos Direitos Fundamentais da Pessoa Portadora do Vírus da Aids

-

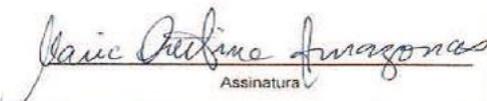
ANEXO A

Certidão do Conselho de Ética em Pesquisa



MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. Projeto de Pesquisa: HIV/AIDS E CONJUGALIDADE: A EXPERIÊNCIA E O IMPACTO DA SORODISCORDÂNCIA NA VIDA AFETIVO-SEXUAL DE CASAIS		2. Número de Participantes da Pesquisa: 14	
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 7. Ciências Humanas			
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
5. Nome: Maria Cristina Lopes de Almeida Amazonas			
6. CPF: 126.433.274-20		7. Endereço (Rua, n.º): DO ENGANAMENTO 475/1244 CASA FORTE ap 1301 RECIFE PERNAMBUCO 52070000	
8. Nacionalidade: BRASILEIRO		9. Telefone: (81) 3034-6030	10. Outro Telefone:
		11. Email: crisamaz@gmail.com	
<p>Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.</p>			
Data: <u>01</u> / <u>09</u> / <u>15</u>		 Assinatura	
INSTITUIÇÃO PROPONENTE			
12. Nome: Universidade Católica de Pernambuco - UNICAP/PE		13. CNPJ: 10.847.721/0001-95	14. Unidade/Orgão:
15. Telefone: (81) 1119-4375		16. Outro Telefone:	
<p>Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.</p>			
Responsável: <u>Profª Drª Aline Maria Grego Lins</u>		CPF: <u>243.565.224-00</u>	
Cargo/Função: <u>Pró-reitora Acadêmica</u>			
Data: <u>02</u> / <u>09</u> / <u>2015</u>		 Assinatura	
PATROCINADOR PRINCIPAL			
Não se aplica.		Profª. Drª. Aline Maria Grego Lins Pró-reitora Acadêmica Mat. 3324-4	

ANEXO B

Declaração dos Direitos Fundamentais da Pessoa Portadora do Vírus da Aids

- I. Todas as pessoas têm direito à informação clara, exata, sobre a aids.
- II. Os portadores do vírus têm direito a informações específicas sobre sua condição.
- III. Todo portador do vírus da aids tem direito à assistência e ao tratamento, dados sem qualquer restrição, garantindo sua melhor qualidade de vida.
- IV. Nenhum portador do vírus será submetido a isolamento, quarentena ou qualquer tipo de discriminação.
- V. Ninguém tem o direito de restringir a liberdade ou os direitos das pessoas pelo único motivo de serem portadoras do HIV/aids, qualquer que seja sua raça, nacionalidade, religião, sexo ou orientação sexual.
- VI. Todo portador do vírus da aids tem direito à participação em todos os aspectos da vida social. Toda ação que visar a recusar aos portadores do HIV/aids um emprego, um alojamento, uma assistência ou a privá-los disso, ou que tenda a restringi-los à participação em atividades coletivas, escolares e militares, deve ser considerada discriminatória e ser punida por lei.
- VII. Todas as pessoas têm direito de receber sangue e hemoderivados, órgãos ou tecidos que tenham sido rigorosamente testados para o HIV.
- VIII. Ninguém poderá fazer referência à doença de alguém, passada ou futura, ou ao resultado de seus testes para o HIV/aids, sem o consentimento da pessoa envolvida. A privacidade do portador do vírus deverá ser assegurada por todos os serviços médicos e assistenciais.

- IX. Ninguém será submetido aos testes de HIV/aids compulsoriamente, em caso algum. Os testes de aids deverão ser usados exclusivamente para fins diagnósticos, controle de transfusões e transplantes, estudos epidemiológicos e nunca qualquer tipo de controle de pessoas ou populações. Em todos os casos de testes, os interessados deverão ser informados. Os resultados deverão ser transmitidos por um profissional competente.
- X. Todo portador do vírus tem direito a comunicar apenas às pessoas que deseja seu estado de saúde e o resultado dos seus testes.
- XI. Toda pessoa com HIV/aids tem direito à continuação de sua vida civil, profissional, sexual e afetiva. Nenhuma ação poderá restringir seus direitos completos à cidadania.