



UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA, PÓS-GRADUAÇÃO E INOVAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA
CURSO DE MESTRADO

GEOVANE LIMA MOURA

AS IMPLICAÇÕES NA VIDA AMOROSA DOS HOMENS COM
DIAGNÓSTICO DE HIV-AIDS

RECIFE

2025

GEOVANE LIMA MOURA

**AS IMPLICAÇÕES NA VIDA AMOROSA DOS HOMENS COM
DIAGNÓSTICO DE HIV-AIDS**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica da Universidade Católica de Pernambuco, para defesa pública, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica.

Linha: Psicopatologia Fundamental e Psicanálise.

Orientadora: Edilene Freire de Queiroz.

RECIFE

2025

M929i

Moura, Geovane Lima.

As implicações na vida amorosa dos homens com diagnóstico de HIV-AIDS / Geovane Lima Moura, 2025.
118 f.

Orientador(a): Edilene Freire de Queiroz.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Católica de Pernambuco. Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica. Mestrado em Psicologia Clínica, 2025.

1. Psicanálise. 2. HIV (Vírus). 3. Homens.
4. Relações humanas. 5. Amor - Aspectos psicológicos.
I. Título.

CDU 159.964.2

Luciana Vidal - CRB-4/1338

GEOVANE LIMA MOURA

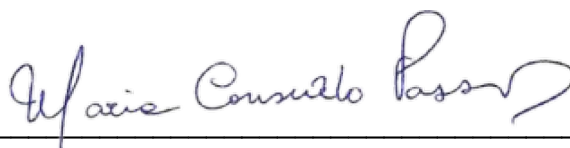
**AS IMPLICAÇÕES NA VIDA AMOROSA DOS HOMENS
VIVENDO COM HIV**

Aprovado em 10 / 12 / 2025

BANCA EXAMINADORA



Prof.^a Dra. Edilene Freire Queiroz
(Orientadora – UNICAP)



Prof.^a Dra. Maria Consuelo Passos

 **ANA CLEIDE GUEDES MOREIRA**
Documento assinado digitalmente
Data: 27/02/2026 12:03:44-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof.^a Dra. Ana Cleide Guedes Moreira
(UFPA)

Agradecimentos

Agradeço, em primeiro lugar, a todos os participantes desta pesquisa, que compartilharam suas experiências, emoções e percepções com sinceridade e coragem com um pouco de dor e esperança. Suas vozes foram essenciais para a construção deste trabalho e para a ampliação do debate sobre o impacto do HIV nas relações amorosas dos homens.

A minha orientadora Edilene Freire de Queiroz, sou grato pelo seu direcionamento que foi fundamental para o desenvolvimento desta pesquisa. Aos demais professores do Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica da Universidade Católica de Pernambuco em especial a professora Ana Lúcia pela sua tamanha sensibilidade e lucidez diante da vida, a professora Consuelo Passos que com suas palavras forma sementes de transformação, principalmente enquanto ser humano, a Paula Barros pela delicadeza e paciência e em especial a professora Marisa Amorim pela sua sensibilidade, humanidade e acolhimento.

Agradeço também ao Laboratório de Psicopatologia Fundamental e Psicanálise, cuja contribuição – por meio das discussões promovidas pelos pares – foi essencial para o desenvolvimento da pesquisa.

Aos demais professores que tive durante a caminhada da vida, desde minha primeira infância e ensino fundamental e médio: Adriana Albuquerque, Maria de Jesus, Ana Rúbia Xavier, Evaneide Garcia, Hermani Valber, Afonso Agra e Nilson Araújo, Marcia Candelária, e Ellis Amanda Atanásio, aos meus mestres minha profunda gratidão, pois muito do que sou hoje devo a eles.

Agradeço também à minha família, especialmente aos meus pais, Jorge Pereira de Moura e Ivonete Fideles, que sempre apostaram no meu desejo diante da vida, oferecendo amor, apoio e inspiração em cada etapa do caminho. Minha eterna gratidão à minha querida, inesquecível e amada Tia Irene Fidelis (*in memoriam*), que desde cedo suavizou meus desencontros com a vida, fazendo da palavra um colo de amor. Sua presença e ensinamentos permanecem vivos em mim, guiando-me com carinho e sabedoria.

Aos amigos do programa: Júlia Falcão, José Lombardi, Carlos Lima Elba Sobral e Laís Sousa pelo suporte incondicional, compreensão e incentivo nos momentos de desafios em que o riso e a parceria digna trouxeram suavidade nesta caminhada. Aos pares da Escola Brasileira de Psicanálise, Cristina Maia Fernandes, Sandra Conrado, Pauleska Nóbrega, Cleide Nascimento, Edgley Duarte e Marina Luna que sempre através de suas palavras de ânimo e incentivo me fizeram perseverar com esta pesquisa. Aos demais amigos de caminhada, os quais

muito suavizam a jornada, Wagner Brandão, Edlane Agra, Oscar de Lira, Elizabeth Silva, Odilon Neves, Helton Alves, Netto Aciolly, Fernanda Venâncio e Joanna de Angêlis.

Por fim, expresso minha gratidão às instituições de pesquisa e aos profissionais da área da saúde que se dedicam diariamente ao combate ao estigma do HIV, promovendo conhecimento e acolhimento. Que este trabalho possa contribuir, ainda que minimamente, para uma sociedade mais informada, empática e inclusiva.

Resumo

A experiência de viver com Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) demanda um olhar atento à subjetividade dos sujeitos que convivem com o vírus, especialmente no que se refere às formas de amar e serem amados. Motivando-se na experiência clínica e entendendo esta como uma lacuna sobre a qual se deseja contribuir, este estudo se ancora na psicanálise para compreender os efeitos do HIV sobre os vínculos amorosos, considerando os atravessamentos simbólicos, imaginários e sociais que configuram a experiência desses sujeitos, bem como a subjetivação da própria masculinidade, diante do fenômeno. Definiu-se como objetivos: analisar como fica a vida amorosa dos homens após a infecção do HIV/Aids; averiguar o contexto histórico, político e discursivo da epidemia de HIV/Aids e seus efeitos na constituição das subjetividades masculinas; examinar quais os efeitos narcísicos e os investimentos objetivos nos casos de homens diagnosticados com HIV/Aids; compreender as modificações na forma de como o sujeito se relaciona com o objeto de amor e formas de gozo. O método adotado foi qualitativo, com base na escuta e na análise de conteúdo das entrevistas realizadas com oito participantes soropositivos, com idade entre 24 e 56 anos, com carga viral indetectável, em uso de antirretrovirais há mais de seis meses. Os principais resultados indicam que o HIV produz efeitos subjetivos singulares na experiência de cada sujeito, relacionados ao medo da rejeição e à recusa do amor principalmente quando essa infecção ocorre por meio de uma traição, escancarando a falta de cuidado daquele que diz amar, bem como, por outro lado, uma vivência amorosa mais consolidada. Observa-se que os discursos sociais estigmatizantes e da masculinidade hegemônica continuam a atravessar os vínculos afetivos. Em alguns casos, no entanto, quando a convivência com o vírus antecede a relação ou quando a infecção não se dá por traição, há a possibilidade de um alento e de um fortalecimento do vínculo amoroso. Mesmo diante de avanços biomédicos assegurando tratamento e controle do vírus e não letalidade, o amor aparece como ponto de tensão e, ao mesmo tempo, como possibilidade de construção de novos sentidos frente à vivência com o HIV. Conclui-se que os desdobramentos da infecção ocorrem de maneira singular em cada homem, atravessando a identidade de sua masculinidade, bem como os danos narcísicos e egóicos, seja por meio do retraimento da libido ou pelas possibilidades de cumplicidade e afeto que se estabelecem nas relações amorosas. Nesse contexto, o amor se revela como uma importante questão para a ressignificação do diagnóstico, funcionando como espaço de acolhimento, reconhecimento e reconstrução da subjetividade diante da experiência do HIV, permitindo visibilizar seus modos de subjetivação e os desafios impostos pelos discursos normativos sobre a sexualidade e a sorologia.

Palavras-chave: HIV/Aids; psicanálise; homens; relações amorosas.

Abstract

The experience of living with the Human Immunodeficiency Virus (HIV) demands a careful look at the subjectivity of the subjects who live with the virus, especially with regard to the ways of loving and being loved. Motivated by clinical experience and understanding this as a gap to which one wishes to contribute, this study is anchored in psychoanalysis to understand the effects of HIV on love bonds, considering the symbolic, imaginary and social crossings that configure the experience of these subjects, as well as the subjectivation of masculinity itself, in the face of the phenomenon. The objectives were: to analyze how men's love life is after HIV/AIDS infection; to investigate the historical, political and discursive context of the HIV/AIDS epidemic and its effects on the constitution of male subjectivities; to examine the narcissistic effects and object investments in the cases of men diagnosed with HIV/AIDS; to understand the changes in the way the subject relates to the object of love and forms of *jouissance*. The method adopted was qualitative, based on listening and content analysis of interviews conducted with eight seropositive participants, aged between 24 and 56 years, with an undetectable viral load, using antiretrovirals for more than six months. The main results indicate that HIV produces unique subjective effects in the experience of each subject, related to the fear of rejection and the refusal of love, especially when this infection occurs through betrayal, exposing the lack of care of the one who claims to love, as well as, on the other hand, a more consolidated love experience. It is observed that stigmatizing social discourses and hegemonic masculinity continue to cross affective bonds. In some cases, however, when living with the virus precedes the relationship or when the infection is not due to betrayal, there is the possibility of a breath of fresh air and a strengthening of the love bond. Even in the face of biomedical advances ensuring treatment and control of the virus and non-lethality, love appears as a point of tension and, at the same time, as a possibility of building new meanings in the face of living with HIV. It is concluded that the unfolding of the infection occurs in a unique way in each man, crossing the identity of his masculinity, as well as the narcissistic and egoic damage, either through the withdrawal of libido or through the possibilities of complicity and affection that are established in love relationships. In this context, love reveals itself as an important issue for the resignification of the diagnosis, functioning as a space for welcoming, recognizing and reconstructing subjectivity in the face of the HIV experience, allowing its modes of subjectivation and the challenges imposed by normative discourses on sexuality and serology to be visible.

Keywords: HIV/AIDS; psychoanalysis; men; romantic relationships.

Lista de siglas

ABIA	Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ART	Antirretroviral Therapy (Terapia Antirretroviral)
AZT	Zidovudina
CAB	Comitê Assessor Brasileiro
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
ESF	Estratégia Saúde da Família
ONG Gestos	Soropositividade, Comunicação e Gênero
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HSH	Homens que fazem sexo com homens
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
MNCP	Movimento Nacional das Cidadãs Positivas
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PCR	Reação em Cadeia da Polimerase
PEP	Profilaxia Pós-Exposição
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PrEP	Profilaxia Pré-Exposição
PSF	Programa Saúde da Família
PUC-RS	Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
RNAJVHA	Rede Nacional de Adolescentes e Jovens Vivendo com HIV e Aids
RNP+	Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV e Aids
RNTTHP	Rede Nacional de Mulheres Travestis e Transexuais e Homens Trans Vivendo e Convivendo com HIV/Aids
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
SVSA	Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente
TARV	Terapia Antirretroviral
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS

Sumário

Introdução.....	9
Capítulo 1: HIV/Aids: Travessia no tempo e suas repercussões biopsicosociais.....	15
1.1 O início: Do pânico ao controle dos corpos	18
1.2 O corpo masculino sob a lógica da virilidade e do risco.....	22
1.3 Caminhos e descaminhos	27
1.4 Avançamos nos fármacos, mas ainda continuamos estagnados no olhar social	32
Capítulo 2: A escuta de homens com HIV/Aids	37
2.1 O perfil sociodemográfico e sorológico	38
2.2 Os depoimentos	39
Capítulo 3: O Amor do Outro.....	54
3.1 O que é possível dizer sobre o amor	54
3.2 A relação entre o amar e ser amado após infecção	60
Capítulo 4: Amor de si mesmo: O Eu e os seus rearranjos narcísicos e objetais, após infecção	75
4.1 Impactos narcísicos no Eu: reações e sentimentos, após a infecção	75
4.2 Os caminhos das pulsões.....	85
Conclusão	91
Referências	96
Anexo A - Casos de HIV (número e percentual) notificados no Sinan segundo sexo e escolaridade por ano de diagnóstico (Brasil, 2007-2023).....	101
Anexo B - Casos de HIV notificados no Sinan (número e percentual) em indivíduos com 13 anos de idade ou mais, segundo categoria de exposição hierarquizada, por faixa etária e ano de diagnóstico (Brasil, 2016-2022)	102
Anexo C - Descrição das entrevistas.....	103

Introdução

Ao escutar homens com diagnóstico de infecção por Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e/ou que já desenvolveram a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids), identificamos vários desdobramentos emocionais e situacionais pelos quais passam, tais como: o estado de pânico, acompanhado pelo medo da rejeição, discriminação e estigma, marcado pelo silêncio de não expor sua sorologia, principalmente nas relações afetivas. Essas dificuldades marcam esses sujeitos e são fomentadas pelo olhar sociocultural, que por vezes tende a inviabilizar o lugar de sujeito dessas pessoas (Ministério da Saúde, 2025).

A clínica é um lugar de encontros e desencontros, tanto para o analista quanto para o analisando, e é nesses intervalos que algo se coloca, por vezes, como impossível de dizer, algo que tende a escapar através do movimento clínico. Aqui, faço uso da primeira pessoa, pois tenho como intuito partilhar essas inquietações pessoais diante do meu percurso. Estar no lugar de escuta das pessoas que vivem com o HIV/Aids me faz olhar para além do *setting* analítico, a condição humana e suas fragilidades. Depois de escutar alguns homens vivendo esse drama, deparei-me com o meu próprio vazio, às vezes sem saber o que dizer, mas sensível ao que eles viviam. Então, resolvi escrever como forma de dar conta dessa angústia, e foi ela que me direcionou para a pesquisa.

A pesquisa acenou como uma possibilidade de dar contorno, podendo ser um lugar de construção, ao mesmo tempo de aposta e reinvenção. Entendi que o que leva essas pessoas a buscarem uma análise não é o diagnóstico de HIV/Aids, mas sim os desdobramentos causados em suas vidas, sobretudo nos processos de subjetivação. Há um novo lugar a ser ocupado, marcado pelo medo, dúvidas, inúmeros questionamentos e o silenciamento em virtude de todo estigma, preconceito e discriminação. Em outras palavras, há algo a ser construído e/ou ressignificado, particularmente no campo do amor. Vale destacar que hoje temos fármacos mais avançados que oferecem menos efeitos colaterais, bem como um menor impacto na fisiologia do corpo, porém a questão é de outra ordem, trata-se do campo das relações. Assim nosso propósito é problematizar o novo lugar subjetivo desse sujeito e as produções relacionadas ao emaranhamento no campo do amor.

Com tendência maior entre os homens nos últimos 10 anos, o HIV/Aids permanece provocando o mal-estar nas pessoas que são diagnosticadas com a doença. Os dados indicam que 49% dos homens infectados são heterossexuais, os homossexuais aparecem com 38% e os

bissexuais 9,1%, nesse contexto, por serem maioria, os homens heterossexuais se escondem e não têm visibilidade em políticas ou ações de prevenções ou de tratamento (Knauth et al., 2021).

É importante diferenciar a infecção pelo vírus (HIV) do estágio avançado da doença (Aids). Nem todas as pessoas que vivem com HIV desenvolvem Aids, especialmente com o uso contínuo da terapia antirretroviral (TARV), que permite o controle da carga viral e a manutenção da qualidade de vida (Ministério da Saúde, 2022; Joint United Nations Programme on HIV/Aids - UNAIDS, 2023; Ayres & Paiva, 2022). Contudo, há elementos que escapam a questão biológica do corpo e que abarca o processo subjetivo do sujeito frente ao diagnóstico. No campo da investigação psicanalítica, o relato de casos clínicos de pessoas com HIV/Aids, tornou-se uma importante ferramenta para a elaboração epistemológica da experiência clínica. Foi justamente a partir dessas escutas marcadas por falas como: *“depois que fui infectado pelo homem que amei, hoje, após alguns anos não consigo amar”* ou *“impossível alguém saber da minha sorologia e querer se relacionar sério comigo”* que emergiu a inquietação que me mobilizou a realizar esta pesquisa.

Consideramos que ofertar o divã para que esses homens possam se escutar, antes de tudo, é uma aposta na reinvenção das masculinidades e na sua forma de existir no mundo. O que se escuta pela via da transferência, a partir de um corpo biológico marcado pelo silêncio e por muitas perguntas sem respostas, vai além da noção biológica. Isso os torna sensíveis quando se permitem escutar a si mesmos e se localizar em um lugar de fala, diante dos traços provindos de suas dores e traumas.

É possível também pensar no amor quando se pode esbarrar na dor ou em uma parceria. Os efeitos do diagnóstico nos parecem muito singulares, na medida em que cada homem se relaciona com seu corpo e suas formas de lidar consigo mesmo, especialmente no que tange às escolhas pela via do enamoramento e às possibilidades de gozo, levando em consideração seu próprio sintoma e sua relação com o Outro.

Os homens, por sua vez, já apresentam certas dificuldades para nomear seus sentimentos e emoções em função dos discursos que os constroem, como a ideia de que “o homem não chora”, entre outros. A psicanálise, portanto, escreve um novo capítulo de sua história, os homens estão cada vez mais buscando os analistas. Será que encontram o que buscam? Por vezes, sim, outras não. Ou encontram o que nem buscavam e perdem o que não queriam. Assim, perdidos de si, vagueiam entre discursos prontos e se interrogam sobre o que é ser um bom pai, marido e filho. Como é ser homem? O que fazer com o amor?

Há aqueles que se constroem a duras penas, quando sua masculinidade subverte a lógica do “normal”. Na contingência da vida, deparam-se com o que não tem cura, e dependendo da

sua saída, isso pode ser um ponto de vida ou de morte, de amor ou de desamor. Convido vocês a serem sensíveis a esta leitura, que marcou não só minha visão de mundo, mas também a dos homens que permitem se ouvir.

Os homens apresentam comportamentos que aumentam sua vulnerabilidade em contrair o HIV/Aids, tais como: o início precoce da vida sexual, ter variados parceiros e/ou parceiras, ter no seu imaginário que a contaminação pelo vírus é improvável e a não utilização de métodos tradicionais de prevenção que combate a infecção do HIV/Aids (Teixeira, 2016). Todavia, nos indagamos: por que os homens se infectam tanto?

Assim, quando a infecção ocorre é perceptível que, algo no campo dos afetos se desdobra para esses sujeitos. Diante disso, surgiram questões quanto aos discursos de não conseguir amar, de um recuo diante do amor ou de sua impossibilidade. Logo, se coloca como causa, o que o praticante de psicanálise pode escutar do sujeito frente a possibilidade de amar e ser amado, ao ser diagnosticado pelo vírus HIV/Aids? Assim, quais as produções sintomáticas do diagnóstico HIV/Aids na subjetividade masculina no campo do amor, sob a luz do inconsciente? Estamos no século marcado por grandes avanços tecnológicos e científicos, abrindo no campo das ciências, maiores discussões acerca da ciência positivista, bem como, investigações das respostas do saber médico para algumas patologias e as importantes contribuições da indústria farmacêutica. Contudo, podemos elencar os desdobramentos do HIV/Aids, que após quatro décadas vem desafiando o saber médico fundamentados numa visão biológica. Partindo desse pressuposto, nos incita novas reflexões, pois apesar da evolução da Medicina e dos fármacos menos agressivos, muitos significantes da sociedade e da cultura postos no passado, ainda demarcam esse processo.

Neste sentido, pensamos uma problematização, diante do processo de subjetivação no campo do amor, frente a sua sorologia positiva, bem como as repercussões do embate fusional das pulsões no corpo, a partir da produção do discurso sociocultural, sexual e subjetivo principalmente no que tange a construção da sua masculinidade. Todavia levando em consideração como esses sujeitos se estruturam psiquicamente e como as produções do inconsciente corroboram para a formação do sintoma, após se haver com o real vivenciado através do vírus, após o diagnóstico e seus rearranjos ou desarranjos no campo amoroso.

Esta pesquisa surge a partir da angústia experienciada diante da escuta desses homens no contexto da minha prática clínica enquanto psicólogo e psicanalista, considerando a relevância das implicações amorosas dos homens, após o diagnóstico HIV/Aids, tanto do ponto de vista teórico como clínico. Assim, temos como objetivo geral: analisar como fica a vida amorosa dos homens após a infecção do HIV/Aids e enquanto objetivos específicos: averiguar

o contexto histórico, político e discursivo da epidemia de HIV/Aids e seus efeitos na constituição das subjetividades masculinas; examinar quais os efeitos narcísicos e os investimentos objetais nos casos de homens diagnosticados com HIV/Aids; compreender as modificações na forma de como o sujeito se relaciona com o objeto de amor e formas de gozo.

Considerando a importância do apoio subjetivo a pessoa com HIV/Aids, e a compreensão na forma como conseguem lidar com esse fenômeno a partir do diagnóstico, percebemos que uma escuta qualificada para esses sujeitos pode auxiliar em um modo possível de ser haver com vida para além do diagnóstico. Logo, contribuindo para um saber fazer diante dessa especificidade. Bem como, ampliando as reflexões em torno do respeito às diferenças, das alteridades e de culturas mais justas quanto à interpretação dos seus sujeitos para além de uma nosografia médica.

De acordo com os indicadores do Boletim Epidemiológico HIV-Aids, publicados pelo Ministério da Saúde (2020), no Brasil, os homens predominam os casos de infecção com 69,4%, contra 30,6% em mulheres. O que indica 26 homens para cada dez mulheres infectadas. Por isso, parece importante se pensar na importância de se analisar a complexidade que são os efeitos produzidos no inconsciente dos sujeitos homens, após o diagnóstico da sorologia do HIV/Aids e como pode reverberar na sua relação consigo mesmo, com o seu corpo e nas relações com o outro, seja de modo afetivo, sexual e no laço social. Sendo assim, o medo em ser julgado leva os sujeitos já infectados, muitas vezes, a ocultarem o diagnóstico como estratégia para minimizar o seu impacto social (Gomes et al., 2011).

A maior parte das mulheres infectadas ocorreu na relação com homens héteros, desvirtuando o que se pensava no início tratar-se de uma infecção preponderantemente acometida nas relações homossexuais. Esse é um ponto que será abordado quando tratarmos da questão da traição, mostrando que há uma tendência nos homens de serem mais promíscuos que as mulheres e com isso são contaminados e contaminam as mulheres, ou seja, eles tornam-se vetores da contaminação.

Espera-se que essa pesquisa possa contribuir no que concerne a análise referente às questões do diagnóstico e em relação aos efeitos no inconsciente do sujeito após o diagnóstico de HIV/Aids.

Dessa maneira para dar conta dos objetivos, mencionados acima foi realizada uma pesquisa qualitativa exploratória em uma clínica situada no estado de Pernambuco¹. A coleta de dados se deu com a aplicação de um questionário sociodemográfico e ocorrência de

¹ A Policlínica estudada atende aproximadamente 200 pacientes e funciona nos turnos da manhã e tarde, ressaltamos que instituição emitiu a carta anuência para realização da pesquisa.

entrevistas individuais com oito sujeitos do sexo masculino, selecionados a partir dos seguintes critérios de inclusão: sujeitos com idade superior a 18 anos, diagnosticados com HIV/Aids, atendidos na instituição e com um mínimo de seis meses desde o diagnóstico. A compreensão dos dados se deu seguindo os passos da análise de conteúdo (Bardin, 2011) e a partir do referencial da teoria freudiana, no que concerne ao narcisismo e as escolhas amorosas, em articulação com a leitura epistemológica de Jacques Lacan (1956-1957/2023), no que tange aos desdobramentos da relação de objeto, somadas às contribuições de autores contemporâneos da Psicanálise e áreas afins.

Neste sentido, entramos em contato, explicando do que se tratava, e, conforme iam aceitando o convite, enviávamos o projeto aprovado pelo comitê de ética para leitura e posteriormente convidávamos para a aplicação da entrevista. No entanto, foi percebido uma certa resistência e algumas dificuldades manifestadas pelo silêncio por parte de alguns participantes pela delicadeza do tema, e alguns dos convidados que não aceitaram participar do estudo ou ainda ao falar do assunto, em que muitas vezes o choro foi recorrente no transcorrer da entrevista.

Entre os oito participantes, todos conviviam com o HIV, mas não apresentavam diagnóstico de Aids. A faixa etária variou entre 24 e 56 anos, quanto à escolaridade, a maioria possuía ensino superior completo, eram brancos, todos com a carga viral indetectável e fazendo uso da medicação há mais de 6 meses, em relação ao estado civil, a maior parte era de homens solteiros, havia tanto homossexuais como heterossexuais.

Além disso depois de aplicadas as entrevistas semiestruturadas, na modalidade presencial, estas foram transcritas e posteriormente sistematizadas a partir da análise de conteúdo de Bardin (2011) e analisadas, uma a uma a partir do referencial que sustenta a discussão teórica desta pesquisa e buscando destacar os pontos convergentes e divergentes quanto às questões propostas. A compreensão se deu considerando aspectos relevantes para a escuta psicanalítica, como os atos falhos, silêncios, como sinais importantes dos desejos inconscientes (Ferreira; Vorcaro, 2018).

As entrevistas foram realizadas e gravadas a partir da aceitação e agenda de cada um, sendo-lhe assegurado o sigilo e a assim evitar constrangimentos e garantir a participação deles. A articulação entre a pesquisa bibliográfica e os dados do campo foi apresentada em três capítulos, conforme sintetizamos a seguir.

No primeiro capítulo, apresentamos uma contextualização histórica do HIV/AIDS, abordando o percurso desde os primeiros casos até os dias atuais, com ênfase nos avanços e retrocessos no enfrentamento da epidemia, bem como seus desdobramentos frente às formas de

ser homem sob a ótica da masculinidade hegemônica. Com base nas obras de Parker e Aggleton (2021) e Connell (1995), discutiremos a trajetória das políticas públicas e das mobilizações sociais em torno da AIDS no Brasil, articulando esses elementos à produção da subjetividade em diferentes contextos históricos. Em particular, são analisadas as construções identitárias dos homens em relação à subjetivação do corpo diante da própria sexualidade, destacando como normas de gênero e expectativas sociais moldam práticas, comportamentos e experiências individuais.

No segundo capítulo, são apresentados e discutidos os perfis dos participantes, e seus depoimentos sobre os efeitos do diagnóstico de HIV sobre suas vidas amorosas. Também será discutido a forma como a sociedade trata homens vivendo com HIV e às implicações desse olhar social sobre suas experiências afetivas.

Já no terceiro capítulo, a análise recai sobre os sentidos atribuídos ao amor e ao lugar do Outro, tanto nas idealizações quanto nas vivências concretas que precedem ou sucedem a infecção pelo HIV. Os relatos dos entrevistados, com foco na forma como cada um se subjetiva diante do diagnóstico, especialmente no campo das relações amorosas. Com o apoio da teoria psicanalítica, exploram-se os efeitos desse acontecimento sobre o desejo, o corpo e os modos de se vincular.

No quarto capítulo, faremos uma leitura clínica dos efeitos da infecção a partir dos rearranjos subjetivos identificados nos discursos dos participantes em relação ao Amor de si mesmo, retomando conceitos da psicanálise, em especial o narcisismo e a relação com o objeto; são discutidos os impactos da infecção sobre a estrutura do Eu. A partir disso, refletiremos aspectos como a repetição, a fixação ao trauma, os mecanismos de defesa diante da dor e as formas de elaboração do luto. Com isso, neste capítulo busca-se compreender como os sujeitos constroem saídas singulares diante daquilo que os atravessa, reconhecendo na infecção não apenas um evento biológico, mas um acontecimento psíquico que demanda novas amarrações do desejo e do amor.

Capítulo 1: HIV/Aids: Travessia no tempo e suas repercussões biopsicosociais

Tem muita gente contaminada pela mais grave manifestação do vírus - a Aids psicológica [...] Do corpo, você sabe, tomamos certos cuidados, o vírus pode ser mantido a distância. E da mente? (Caio Fernando Abreu).

Abrimos este primeiro capítulo com esse depoimento que mostra o quanto é necessário considerar as repercussões biopsicossociais do HIV/Aids. Assim este capítulo tem como objetivo averiguar o contexto histórico, político e discursivo da epidemia de HIV/Aids e seus efeitos na constituição das subjetividades masculinas, pela importância de situarmos, na teia do tempo, o lugar do vírus HIV e da Aids não apenas sob o viés da nosografia médica, mas sobretudo a partir de sua construção epistemológica, sócio-histórica e subjetiva.

Indaga-se, assim: quais mudanças ocorreram ao longo de quase cinco décadas? Como podemos tecer uma dialética entre saberes, fantasmas, estigmas e a garantia (ou violação) de direitos? O olhar sobre a infecção ainda se limita a um vírus ou consegue enxergar além da redução das pessoas com HIV a um fantasma de incurabilidade, pesado e preconceituoso? Antes de tratarmos das relações amorosas desses homens, é preciso percorrer esse percurso histórico.

No primeiro momento, apresentamos um recorte sobre o surgimento da epidemia, seus desafios, estratégias de enfrentamento e articulações em torno do vírus, com base nas pesquisas de Parker e Aggleton (2021), Foucault (2014) e Jurandir Freire Costa (2024) autores que, por meio da produção de saber e da reivindicação sociopolítica, travaram batalhas em prol da causa. Seguindo nessa perspectiva nos propomos a desenvolver um diálogo com Freud a partir de diversas obras das quais destacamos *Introdução ao narcisismo* (1914–1915/2010a) e *Além do princípio do prazer* (1920/2006a).

Nos parágrafos que se seguem apresentaremos pontos discursivos desde a via médica até o impacto social produzido por discursos religiosos, sociais e políticos que, em vez de preservar a dignidade humana, trataram pessoas que convivem com o vírus, como restos de corpos, já abjetos pelo discurso social antes mesmo da infecção, em grande parte por serem gays ou negros.

No segundo momento, abordamos a realidade contemporânea a partir da cobertura da mídia e de referências como a Agência Aids e a Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids

(ABIA), além de dados do Ministério da Saúde. Enumeramos avanços, como a melhoria da qualidade de vida e o desenvolvimento de novas drogas, mas também retrocessos, tanto no Brasil quanto no exterior, que evidenciam que embora tenhamos progredido significativamente, ainda caminhamos a passos lentos.

A epidemia da Aids surgiu entre os anos de 1981 e 1984 e foi acompanhada por uma busca pelos fatores de risco, etiologia e distribuição, ou seja, uma busca pelo desconhecido (Ayres et al., 1999). No Brasil, o primeiro caso foi registrado em 1983, no estado de São Paulo. Tratava-se de um jovem homossexual com febre, perda de peso e gânglios pelo corpo, diagnosticado com tuberculose disseminada (Brasil, 2020).

Os desdobramentos iniciais da infecção convocaram a ciência médica a dar uma resposta rápida diante da disseminação global, sendo os homossexuais a população mais afetada na época. Apesar da mobilização no campo biológico, a resposta não foi tão rápida como se gostaria e algo estava além do controle do vírus: as construções sociais em torno desse fenômeno, que geraram e continuam a produzir metáforas sobre o diagnóstico até os dias de hoje. Essas metáforas amplificam seus efeitos, transformando-a não apenas em uma questão de saúde pública, mas também em um grande problema social. Contribuem para a cristalização do estigma e preconceito quando se localiza um tema tão complexo em discursos hegemônicos, como “peste negra”, “peste gay” e “doença africana”, além de concepções religiosas que a relacionam a um castigo divino, reforçando uma noção de corpo promíscuo e impuro. Essas metáforas alimentam uma narrativa ofensiva e deformante (Sontag, 1984).

Além dos tipos de estigma que existiam antes da infecção pelo vírus e do aumento no número de casos da doença e que influenciaram fortemente a estigmatização do HIV e da Aids, as sociedades também têm suas próprias interpretações e explicações sobre a doença e sua transmissão. Algumas dessas explicações podem ser muito racionais e cientificamente precisas, enquanto outras podem ser ilógicas ou não justificáveis à luz das noções científicas aceitas de causalidade. Tais crenças podem contribuir para a estigmatização e discriminação, assim como as formas anteriores de estigma relacionadas à sexualidade, gênero, raça e pobreza, as crenças sobre o HIV e a Aids têm desempenhado um papel significativo durante a epidemia. Elas se tornaram entrelaçadas em uma nova rede de significados que conectam o HIV e a Aids ao poder, desigualdade e exclusão. Tais crenças combinaram-se para justificar novas formas de exclusão na sociedade, tornando o HIV e a Aids fontes de discriminação (Parker & Aggleton, 2021).

Em 1986, foi utilizado um novo medicamento chamado zidovudina (AZT) para tratar o Sarcoma de Kaposi em pacientes com HIV. Inicialmente, foi administrado de forma acidental, porém, percebeu-se que além de tratar o Sarcoma, o medicamento melhorava o quadro geral

dos pacientes. Isso ocorreu porque houve uma redução na carga viral, ou seja, na quantidade de HIV no organismo dos pacientes (Fischl et al., 1987; Lima et al., 1996; Schaurich; Coelho & Motta, 2006).

A ausência de um tratamento eficaz nas primeiras décadas tornava a infecção praticamente uma sentença de morte, gerando impactos significativos nas relações afetivas e na construção dos vínculos amorosos. O medo da contaminação levava a discriminação e afastamento social, criando barreiras para o desenvolvimento de relacionamentos saudáveis e seguros.

Após o surgimento do AZT, foram feitos esforços para descobrir outros medicamentos antirretrovirais. Na década de 1990 houve a combinação de medicamentos de três classes², o tratamento da doença passou a ter novas perspectivas, demonstrando alta eficácia na melhoria da qualidade de vida e na sobrevivência das pessoas infectadas com o vírus (Schaurich, Coelho & Motta, 2006; Ceccato et al., 2004).

Com os primeiros registros de infecção pelo HIV e óbitos por Aids no Brasil, movimentos sociais e organizações de pessoas com a doença se articularam para pressionar o Estado a enfrentar o problema. Devido a essa pressão, o medicamento zidovudina (AZT), um dos primeiros desenvolvidos para combater o HIV, passou a ser adquirido por meio de ações judiciais. Em 1990, o medicamento começou a ser oferecido a todos os pacientes em todos os estados brasileiros (Barros & Silva, 2017; Grangeiro, Silva & Teixeira, 2009).

Nesse contexto, observa-se que o processo de subjetivação na esfera biopsicossocial se manifesta de forma singular em cada indivíduo, tanto em relação ao vírus quanto à vivência do diagnóstico e do tratamento. Embora tenham ocorrido avanços significativos nas ciências médicas – como a possibilidade de identificação do vírus por meio de exames e o desenvolvimento de antirretrovirais, os efeitos devastadores da infecção ainda persistem. Apesar de certo alívio proporcionado pelo progresso científico no controle do HIV, continuam a circular discursos que impactam negativamente a vida das pessoas vivendo com o vírus, perpetuando estigmas e sofrimentos.

² Como a própria zidovudina (AZT), que bloqueiam a ação da transcriptase reversa impedindo que o HIV converta seu RNA em DNA; os Inibidores de Transcriptase Reversa Não Análogos de Nucleosídeos (ITRNNs), como o efavirenz, que também atuam sobre essa enzima, mas de maneira distinta, ligando-se diretamente a ela; e os Inibidores de Protease (IPs), como o indinavir, que interferem no processo de montagem das novas partículas virais, tornando-as não funcionais. A introdução dessa combinação marcou um divisor de águas na luta contra a Aids e estabeleceu as bases do tratamento que, com inovações posteriores, segue sendo utilizado até hoje (Schaurich, Coelho & Motta, 2006; Ceccato et al., 2004).

1.1 O início: Do pânico ao controle dos corpos

O cenário posto pela epidemia da Aids nos seus primórdios, surgia em forma de pavor diante de um objeto mortificador: o vírus que diretamente se ligava a finitude. Angustiados, desesperançosos e entregues à própria sorte os sujeitos superlotavam os hospitais referências de infectologia, esperando a hora da morte, eis um real a céu aberto. Destaca-se a cobertura midiática sobre Cazuzu retratado de um modo sensacionalista em manchete da revista *Veja* de título *Uma vítima da Aids agoniza em praça pública*, sobre a qual Ribeiro (2017) analisa que essa representação expõe o real advindo da alteridade atrelada à sexualidade, fomentando um discurso social marcado pelo isolamento dos sujeitos infectados. Na época, recomendava-se que nem mesmo familiares e amigos os visitassem, esse real avassalador da morte tornou-se um significante persistente, ainda presente no imaginário coletivo.

Nos primeiros anos da epidemia de HIV/Aids, a sociedade experimentou sobretudo o terror, fenômeno que pode ser melhor compreendido à luz da psicanálise freudiana: o vírus era um objeto real, presente no corpo e no coletivo, mas completamente inapreensível em termos de transmissão, letalidade e tratamento. Não se sabia como ele agia, quem estaria em risco nem de que forma se proteger o que gerava uma surpresa angustiante a cada novo caso diagnosticado. Freud (1920/2006a) esclarece que diante de um perigo real o sujeito pode produzir três respostas diferentes: medo, angústia ou terror. No medo, o objeto pode ser identificado e por isso pode se prevenir do mal que ele pode causar. Na angústia, o objeto é inapreensível, mas o sujeito pode criar um para se apaziguar. No terror, o objeto está em algum lugar, mas o sujeito não sabe como se defender dele porque também não sabe como ele irá atacar, vindo como surpresa.

Nesta perspectiva o medo passou a assolar entre os homens que faziam sexo com homens, entre os usuários de drogas injetáveis e foram criadas estratégias de prevenção específicas ainda que muitas vezes estigmatizantes como campanhas de preservativos ou programas de troca de seringas. Paralelamente a angústia tomava conta da população quando a ameaça do vírus não podia ser associada a um grupo específico ou a um comportamento claro, o inimigo tornou-se difuso levando muitos a imaginar modos de contágio através de objetos inanimados ou pelo simples toque (Mahajan et al., 2008; Rhodes et al., 2005).

Esse pânico inicial, marcado pela oscilação entre terror, medo e angústia, reflete o deslocamento do conflito pulsional para o campo social: o real do vírus, invisível e invasor, obrigou o corpo e a cultura a encarar seu próprio limite de controle sobre o prazer e a vida. De acordo com a ideia definida acima, podemos pensar no processo do pânico vivenciado por

muitos no momento do recebimento do diagnóstico alinhado ao terror do qual trata Freud (1920/2006a). O objeto vírus, tomado como invisível, é aquele sob o qual o sujeito se aterroriza justamente por não conhecer vírus. No terror ficamos em pânico e o que é o pânico senão a impossibilidade de criar uma defesa frente ao objeto do qual nada se identifica? Ao que parece os homens infectados ficaram diante de algo que não tinha sentido, que escapava os regimes do simbólico e que o imaginário não era capaz de enquadrar. Esse tempo inicial terrorífico apaziguou-se. Há menos angústia. As invenções das medicações com menos efeitos colaterais no corpo, acalmaram os infectados posto que a exposição ficou menos evidente e, por conseguinte menos retaliação, exclusão e preconceito, que promovem a produção de estigmas. Novos ideais e identificações passaram a fazer parte da trama psíquica para que se pudessem apostar em uma forma de viver para além do diagnóstico e contribuir para o apaziguamento (Bachinni, 2012).

No entanto, apesar do desenvolvimento de algumas drogas que foram extremamente necessárias nesse processo, percebemos que demorou alguns anos desde a sua descoberta. Durante esses anos, outras respostas surgiam em relação ao mal-estar causado pelo vírus. A cultura trazia à tona a face mais brutal do humano diante do diagnóstico, mobilizando as pessoas com HIV/Aids e simpatizantes com a causa para lutar contra o preconceito e o estigma e muita desinformação. No epicentro do seu descontrole, a sociedade brasileira trazia sua incoerência e reducionismo, pautados por uma série de equívocos acerca da infecção.

Esse tipo de discurso permeou a política, a medicina e a religião no início da descoberta da doença em meados dos anos 80, como se verifica na fala de alguns dos deputados que integrou a Assembleia Nacional Constituinte reunida em 1987 e 1988, conforme apresenta a Agência Senado (2023). Destaco o discurso do deputado e pastor Eliel Rodrigues (PMDB-PA) que avaliou ser um equívoco incluir na Constituição a proibição de que os cidadãos fossem discriminados por causa da “orientação sexual” ao afirmar que:

Seria permitir a oficialização do homossexualismo como prática normal que deve ser aceita por todos. Certas práticas são ofensivas à sociedade, como aquelas dos corruptos, ladrões, toxicômanos, prostitutas etc., e não merecem apoio da lei. Pelo contrário, são atentatórias à moral e aos bons costumes. Não se trata de uma característica própria das pessoas, adquirida ou normal, como sexo, cor, posição social, religião etc., mas de uma deformação moral e espiritual reprovável sob todos os pontos de vista cristãos, constituindo-se um dos maiores veículos de disseminação do terrível mal da Aids.

De acordo com a matéria veiculada pela Agência Senado (2023) essa atitude não foi diferente no campo da medicina e da religião. No trecho citado, extraído de um artigo publicado por um renomado infectologista de São Paulo em um dos principais jornais do Brasil durante o Carnaval de 1988, percebe-se a reiteração do estigma em relação à população gay. O texto descreve o Carnaval como um evento marcado pela presença de homossexuais masculinos nus, associados a uma imagem de imoralidade e depravação. O médico também faz uma correlação direta entre o HIV e a presença de pessoas gays na festa, sugerindo que o vírus se aproveitou do contexto para se disseminar. Além disso, há uma insinuação de que os grupos que defendem a liberdade sexual deveriam arcar com as consequências da disseminação da Aids, incluindo os custos de assistência médica. Essas afirmações refletem o preconceito e a discriminação presentes na sociedade em relação à comunidade LGBTQAPN+ e às pessoas vivendo com HIV/Aids.

No contexto religioso, destacava-se a posição expressa pelo cardeal arcebispo do Rio de Janeiro, D. Eugênio Sales, em relação ao uso do preservativo como medida de prevenção contra a Aids. O cardeal argumenta que o preservativo não é uma solução segura, pois não elimina completamente o risco de contaminação. Ele também expressa a preocupação de que o uso do preservativo possa promover a aceitação do sexo fora do casamento ou da prática do homossexualismo. Para ele, a melhor forma de prevenir a Aids é abster-se de relações sexuais até a idade adulta e manter relações monogâmicas e fiéis, em conformidade com as leis divinas. Essas declarações refletem uma visão conservadora da igreja em relação à sexualidade com forma de regulação e controle dos corpos na formação das massas sociais.

Jurandir Freire Costa (2024), com base na *Psicologia das massas* de Freud, diz que a Igreja e o Exército ilustram formação das massas como processos latentes, sempre presente nas bases das organizações político-sociais. Esses grupos podem ser rapidamente mobilizados, tornando-se receptivos às ordens de líderes autocráticos, teocráticos, autoritários, totalitários ou oportunistas, que se aproveitam de situações de poder político. A Igreja e o Exército, em particular, operam sob a lógica implícita de que os indivíduos aceitam voluntariamente submeter-se a um líder, ao qual prestam reverência, obediência e até um tipo de devoção apaixonada.

Essa configuração social específica no contexto do HIV/Aids, no entanto, não é excepcional. Costa (2024) observa que ela reflete, em menor escala, dinâmicas presentes em qualquer estrutura cultural. Organizações políticas, o Estado, a sociedade civil e até expressões culturais funcionam como formas de compromisso destinadas a controlar os impulsos das massas, que, sem esse controle, podem tender à submissão cega, à autodestruição ou à

destruição de outros. Por essa razão, mesmo os líderes que promovem a sujeição buscam conter os aspectos mais destrutivos desses impulsos. O comando, nesse contexto, opera como uma espécie de equilíbrio: permitir prazer e obediência na medida certa, sem romper a condição de servilismo libidinal.

A Aids era assim vista como uma doença altamente estigmatizada e fatal, com poucas opções de tratamento eficazes, resultando frequentemente em rápida deterioração da saúde dos afetados. O medo e a falta de compreensão em relação ao HIV/Aids levaram à discriminação e ao estigma contra as pessoas afetadas, principalmente por aqueles que deveriam assegurar a saúde na esfera biopsicossocial dessas pessoas. Contudo, é necessário destacar como chave de compreensão a questão política em relação a essas pessoas, que apesar dos esforços, se deparavam com muita desinformação sustentada por discursos homogêneos e reducionistas que geram preconceito, terror e desconhecimento. Como pensar em avanços biomédicos se as pessoas se deparam com um sistema, que por vezes, efetiva uma política de exclusão das pessoas infectadas?

Dessa forma para uma melhor compreensão da política de exclusão em relação aos corpos afetados pelo vírus HIV/Aids, recorreremos à Michel Foucault (2014), já na década de 1975 quando escreveu *Vigiar e Punir*, e também em outros textos, desenvolveu a noção de biopoder, que se refere ao poder exercido sobre os corpos individuais e a população em geral. Ele argumentava que, na modernidade, o poder não se concentrava apenas em reprimir e punir, mas também em disciplinar e regular os corpos para aumentar a eficiência e o controle social.

O biopoder, de acordo com o autor, opera por meio de instituições como a medicina, a educação e o sistema prisional que não apenas buscam reprimir comportamentos considerados desviantes, mas também moldar e normalizar os corpos de acordo com padrões sociais e ideais de saúde. Esse conceito é coerente com a invisibilidade desses corpos no início da epidemia, conforme descrito nos discursos citados acima. Foucault destaca a importância do panoptismo, um modelo de vigilância no qual os indivíduos são constantemente observados, mesmo que não saibam quando estão sendo observados. Isso cria um estado de autocontrole e conformidade com as normas sociais, pois as pessoas internalizam o olhar do poder sobre seus corpos.

Em suma, Foucault (2014) argumenta que o poder na sociedade moderna opera de maneira difusa e sutil, exercendo controle sobre os corpos individuais e coletivos através de práticas disciplinares e regulatórias. Talvez o mais importante, nos force a reconhecer o quanto a luta contra o estigma e a discriminação, como inseparável da luta contra o HIV e a Aids. Compreender o estigma e a discriminação nos obrigava a examinar as ligações entre cultura e

poder, e que a implantação do estigma desempenhava um papel fundamental na produção e reprodução da desigualdade, exclusão e opressão (Parker & Aggleton, 2021).

1.2 O corpo masculino sob a lógica da virilidade e do risco

Com o intuito de aprofundar as reflexões sobre o processo de subjetivação dos corpos, este eixo volta-se para as formas pelas quais esses homens se constituem subjetivamente e socialmente, sobretudo no que se refere às repercussões da masculinidade hegemônica. No contexto de homens vivendo com HIV/AIDS, esse modelo de masculinidade adquire relevância particular, uma vez que a experiência do vírus tensiona ideais de força, virilidade e invulnerabilidade frequentemente associados ao ser masculino. Nesse sentido, é importante destacar esses processos desses indivíduos frente os efeitos do “ser homem” permitindo discutir os mecanismos de afirmação e construção identitária no enfrentamento da condição sorológica. Assim, seguiremos na investigação dos impactos desse padrão na constituição subjetiva e nas relações amorosas, que tem se apresentado como uma questão central para problematizar os efeitos sociais e psíquicos produzidos pela cultura, evidenciando sua contribuição para a manutenção e reprodução da masculinidade hegemônica.

O conceito de masculinidade hegemônica, formulado por Raewyn Connell, refere-se ao padrão cultural dominante de masculinidade que se estabelece como norma e orienta os modos de ser homem em uma determinada sociedade. Trata-se de um ideal que sustenta relações de poder, reforçando a hierarquia de gênero e marginalizando outras formas de masculinidade consideradas subordinadas ou desviantes (Connell, 1995). A noção de masculinidade proposta pelo autor nos permite analisar como certo modelo de ser homem é marcado pela virilidade, negação da fragilidade, por vezes, a recusa de cuidado e a manutenção da suposta invulnerabilidade tem atravessado as trajetórias desses homens, principalmente diante do vírus do HIV. Podemos destacar como a possibilidade de construção desse social masculino vem influenciando não apenas as formas de adoecimento como por exemplo a exposição ao risco antes da infecção e depois, mas também a maneira de lidar como o tratamento e a relação com o próprio corpo e suas possíveis apostas nas relações amorosas.

Esse direcionamento revela-se essencial para a problematização da construção social do HIV no contexto das masculinidades. Evidencia-se, no subtítulo anterior, que o vírus, desde seus primórdios, esteve marcado por estigma e preconceito social, sendo frequentemente associado à promiscuidade e vinculado a homens gays. Tal concepção reflete padrões socioculturais, religiosos e epistemológicos da época, que estruturavam o entendimento do HIV

de forma moralizante e normativa. No entanto, a emergência de novas formas de masculinidade indica uma articulação complexa entre esses modelos históricos e as construções contemporâneas de gênero, demonstrando que a lógica heteronormativa ainda atua como fundamento das expectativas sobre a identidade masculina e das práticas socialmente legitimadas de ser homem.

O paradigma da masculinidade hegemônica associa a virilidade a uma sexualidade intensa, precoce e desprovida de expressões emocionais, compreendendo o ato sexual como um dos principais marcadores da identidade masculina. Nessa perspectiva, a iniciação sexual precoce, a objetificação da parceira e a busca por múltiplas relações sexuais são frequentemente concebidas como ritos de passagem que reafirmam a posição social do homem. Esses elementos reforçam a ideia de invulnerabilidade, sustentando a crença de que o homem deve ser imune a riscos e sempre disponível ao exercício da sexualidade. Tal concepção, ao mesmo tempo em que consolida modelos normativos de gênero, contribui para a adoção de práticas sexuais inseguras e para a resistência ao uso de preservativos, uma vez que o cuidado é interpretado como fragilidade ou desvio do ideal viril. Desse modo, a sexualidade masculina, quando orientada pelos parâmetros da hegemonia, torna-se atravessada por valores que ampliam a vulnerabilidade frente a infecções sexualmente transmissíveis, como o HIV, além de dificultar a construção de vínculos amorosos pautados no diálogo e na corresponsabilidade (Connell, 1995; Guerriero, Ayres & Hearst, 2002).

Portanto, a construção da identidade masculina revela-se complexa, especialmente quando a incorporação da masculinidade hegemônica orienta formas específicas de subjetivação e comportamento que independe orientação sexual. Nesse contexto, práticas como a exposição a riscos podem ser compreendidas como respostas à exigência de afirmar essa identidade, funcionando como estratégias de reconhecimento no âmbito social. O compromisso com tais práticas está frequentemente associado ao estabelecimento e à manutenção da reputação masculina em contextos grupais de pares, nos quais a validação é mediada pela demonstração de virilidade. Nessa dinâmica, os corpos masculinos tornam-se simultaneamente objetos de conformidade a esse padrão social e agentes ativos na reprodução dessas normas, revelando a dimensão ambígua e relacional da masculinidade (Genuchi, 2024).

No debate sobre HIV/Aids e masculinidades, Seffner (2003) destaca que a experiência da infecção desestabiliza os referenciais tradicionais da virilidade, frequentemente ancorados na ideia de invulnerabilidade e força. O corpo masculino, atravessado pela marca do vírus, deixa de corresponder ao imaginário hegemônico e passa a expor fragilidades que são socialmente silenciadas. Assim, a vivência do HIV exige que os homens revisitem suas próprias formas de

se relacionar com o corpo e com o outro, abrindo espaço para novas possibilidades de subjetivação.

Neste sentido, esse movimento acerca da fomentação da identidade evidencia cada vez mais o modelo normativo que se sustenta em ideais de força com já foi citado acima, mas exige, ao mesmo tempo, a comprovação constante desses atributos por meio de práticas sociais e sexuais. É nesse ponto que gostaríamos de destacar a consonância entre a masculinidade hegemônica, traição e a infecção do vírus, que avaliamos se articularem de forma significativa: por um lado, ela pode ser legitimada pelo imaginário social como expressão da liberdade e potência masculinas; por outro, quando vinculada ao HIV/AIDS, transforma-se em uma experiência traumática que fragiliza essa mesma identidade, expondo sua vulnerabilidade e seus limites. Assim, a traição funciona como elemento paradoxal no processo de subjetivação masculina, pois tanto reafirma o ideal hegemônico – ao se associar a uma sexualidade múltipla e performática – quanto o desestabiliza, ao confrontar o sujeito com a possibilidade concreta de perda, doença e estigma.

A infecção pelo HIV por meio da traição no contexto heterossexual apresenta implicações distintas daquelas vividas por homens gays. Quando um homem heterossexual transmite o vírus à sua esposa ou companheira, a situação é atravessada pela lógica da dupla moral sexual (Freud, 1908/1996), em que a liberdade masculina para múltiplas parceiras é historicamente tolerada. Historicamente, a masculinidade foi marcada pela permissão social de uma sexualidade extraconjugal, tolerada e até incentivada como prova de virilidade, ao passo que às mulheres se impôs a exigência de fidelidade e de repressão do desejo. A infecção pelo HIV, entretanto, desestabiliza essa assimetria, pois a traição masculina, antes legitimada por esse ideal de liberdade sexual, pode se converter em ameaça concreta à saúde da parceira e ao próprio corpo do sujeito. A traição, entretanto, adquire um caráter dramático nesse cenário, pois coloca em risco não apenas a saúde do próprio sujeito, mas também a da mulher que, dentro do imaginário social, estaria protegida pela fidelidade conjugal. Essa experiência confronta a masculinidade hegemônica Connell (1995) ao expor sua vulnerabilidade, ao mesmo tempo em que reforça o peso da responsabilidade masculina diante do laço conjugal. Para os homens gays, a descoberta da infecção vinculada à infidelidade tende a ser vivida como experiência traumática, pois implica não apenas a quebra da confiança amorosa, mas também a exposição de sua vulnerabilidade, abalando a imagem da identidade masculina.

Nesse ponto, a análise de Seffner (2003) sobre masculinidade e HIV é valiosa, pois o autor evidencia como o corpo masculino, tradicionalmente construído como símbolo de força, virilidade e resistência, passa a ser atravessado por significações de fragilidade e risco quando

marcado pelo vírus. O HIV tensiona a imagem hegemônica da masculinidade (Connell, 1995), revelando fissuras em um ideal que nega a vulnerabilidade e o adoecimento. De forma complementar, Moreira, Vieira e Ceccarelli (2018), ainda que voltadas à feminilidade, oferecem elementos para pensar a masculinidade a partir da lógica dos ideais de gênero: assim como a mulher vivendo com o vírus é atravessada por estigmas que reforçam sua culpabilização, essas autoras mostram como a feminilidade é modulada por expectativas normativas de cuidado, docilidade e abnegação, o que coloca a mulher em uma posição paradoxal – ao mesmo tempo em que é responsabilizada pelo cuidado com o outro, é também marcada pela estigmatização de sua sexualidade.

Tal discussão pode ser transposta criticamente para o campo da masculinidade, já que o homem que vive com o vírus também se vê aprisionado por um ideal normativo que lhe exige força, invulnerabilidade e controle absoluto do corpo e das emoções, mesmo diante do sofrimento psíquico e da ameaça concreta à sua saúde. Tanto em relações heterossexuais quanto homossexuais, a infecção pelo HIV atua, portanto, como um ponto de fratura no narcisismo masculino, ao expor os limites do modelo hegemônico e confrontar os sujeitos com a experiência da perda, da dor e do estigma. Nesse sentido, a análise de Moreira et al. (2018) não apenas ilumina a maneira como os padrões de gênero modulam o sofrimento das mulheres, mas também oferece uma chave interpretativa valiosa para a compreensão das masculinidades, evidenciando que os ideais normativos de gênero, ao mesmo tempo que sustentam identidades, intensificam o estigma, dificultam a elaboração psíquica e contribuem para a cristalização da dor frente ao diagnóstico.

No caso dos homens gays, a infecção é atravessada por outro registro simbólico: desde o início da epidemia, o HIV foi socialmente associado à homossexualidade, o que fez com que esses sujeitos carregassem o estigma de uma suposta promiscuidade ou culpa moral (Parker & Aggleton, 2021). Nesse contexto, a infecção não só decorre da lógica da traição conjugal tradicional, mas da marca social de pertencimento a um grupo historicamente estigmatizado. Enquanto, para o homem heterossexual, a infecção via traição pode ser vista como uma falha individual dentro de um modelo de masculinidade normativa, para o homem gay ela é muitas vezes interpretada como confirmação de uma identidade já marginalizada, reforçando mecanismos de exclusão e discriminação.

Dessa forma, a análise comparativa mostra que a infecção pelo HIV não pode ser compreendida apenas no plano biológico, mas exige considerar os discursos sociais, culturais e psíquicos que configuram a masculinidade e a sexualidade em diferentes contextos. Logo, que por vezes a sexualidade do homem gay na sua performance e influência pelo modelo da

masculinidade hegemônica, o peso do olhar nestes tipos de infecção se torna maior, pelo fato de não corresponder o modelo heteronormativo.

Partindo do conceito de masculinidade, observa-se que a forma como ela se estrutura e incide na constituição do “ser homem” ultrapassa a construção de gênero, abrindo espaço para uma discussão mais ampla no contexto da infecção pelo HIV/AIDS, tanto antes quanto depois do diagnóstico. Considerando que a masculinidade hegemônica funciona como parâmetro regulador, outras formas de masculinidade acabam sendo rejeitadas, desqualificadas ou invisibilizadas – como ocorre, por exemplo, com os homens gays, frequentemente vistos como “menos homens” por não corresponderem ao ideal normativo. Todavia, de modo paradoxal, percebe-se que a questão da traição, independentemente da orientação sexual, está profundamente vinculada ao modelo hegemônico de masculinidade. Nesse sentido, muitos homens gays, ainda que historicamente reprimidos e oprimidos por esse sistema, acabam também, muitas vezes de forma inconsciente, se subjetivando a partir dessa mesma lógica, reproduzindo-a na construção de suas identidades masculinas.

Neste contexto, é possível compreender que o HIV/AIDS não apenas desafia a experiência corporal, mas também reconfigura os modos como a masculinidade é significada socialmente. Como destaca Hinvó (2024), a vivência da infecção atravessa normas sociais de virilidade e saúde, tensionando ideais de invulnerabilidade que historicamente sustentam a masculinidade hegemônica. Dessa forma, o diagnóstico e a vivência cotidiana com o vírus não se limitam ao campo biomédico, mas produzem efeitos subjetivos e relacionais que afetam diretamente a forma como esses homens se reconhecem e são reconhecidos.

No campo clínico, as experiências com homens revelam, de maneira singular, como os ideais de masculinidade hegemônica atravessam suas vivências subjetivas e relacionais, especialmente entre aqueles que se relacionam afetiva ou sexualmente com outros homens. Esse cenário nos convoca a refletir sobre as construções identitárias e suas repercussões, que se manifestam tanto nas especificidades da performance sexual quanto nos discursos direcionados aos pares. Em um recorte clínico, por exemplo, durante um atendimento em que a pauta girava em torno da sexualidade, o paciente justificava não se considerar gay por ocupar a posição ativa na relação sexual, acrescentando que, em sua percepção, o homem que assumia a posição passiva seria “menos homem”. Tal fala evidencia a força com que a masculinidade se impõe, regulando práticas, identidades e modos de se reconhecer como sujeito.

Dessa forma, ao analisarmos as experiências de homens vivendo com HIV/AIDS à luz da heteronormatividade, torna-se evidente como esse processo não apenas orienta comportamentos e performances sexuais, mas também estrutura modos de subjetivação e

reconhecimento de si. As práticas e discursos observados revelam que a lógica hegemônica atravessa de maneira profunda tanto as relações heterossexuais quanto homossexuais, impondo hierarquias, regulando posições e perpetuando desigualdades no valor atribuído a diferentes formas de viver a sexualidade, bem como o que corresponde as suas escolhas amorosas, seja antes ou depois da infecção. Nesse contexto, a traição adquire significados distintos: entre homens heterossexuais, ela é muitas vezes legitimada como expressão da virilidade, sendo socialmente atenuada e até esperada, ainda que traga consequências dolorosas para as parceiras; já no universo homossexual, a traição tende a ser percebida como ameaça direta à identidade e ao vínculo afetivo, revelando o quanto esses homens, embora oprimidos por esse mesmo sistema, acabam também reproduzindo a lógica hegemônica na forma como se subjetivam. Assim, o peso da infidelidade se mostra atravessado pelas normas de gênero e sexualidade, demarcando diferenças importantes na forma como é vivida e elaborada. Nesse sentido, a clínica se apresenta como espaço privilegiado para problematizar tais construções, permitindo que o sujeito encontre vias singulares de elaboração que escapem das imposições normativas.

Ademais, este percurso nos conduz à compreensão de que a reflexão sobre a masculinidade, quando articulada à experiência do HIV/AIDS, não pode ser dissociada de uma crítica aos dispositivos culturais que historicamente moldam identidades, regulam relações amorosas e determinam modos de existir como homem na sociedade. Nesse horizonte, pensar a masculinidade a partir do HIV/AIDS significa não apenas tensionar estigmas e preconceitos ainda presentes, mas também evidenciar as contradições, ambiguidades e resistências que atravessam as formas contemporâneas de ser homem.

1.3 Caminhos e descaminhos

Apesar de quatro décadas construirmos alguns caminhos acerca do seu enfrentamento levando em consideração os avanços biomédicos, as garantias de direitos e acesso livre à política pública, bem como o não sentenciamento da pessoa que vive com HIV/Aids: é perceptível que avançamos de modo geral. No entanto, existem algumas marcas no processo de subjetivação que nos convocam a pensar: por que a pessoa com HIV/Aids ainda vive em silêncio? Não é possível compartilhar tal condição patológica em meio ao laço social, quais repressões se enfrentam no processo de subjetivação?

Contudo, muito se tem a construir nas suas representações socioculturais ou simbólicas no imaginário social que estava sendo construído em torno da epidemia articulando um

conjunto de novos princípios e valores éticos, tais como solidariedade, cidadania, direitos humanos etc. Foram capazes de enfrentar a resposta social dominante da estigmatização e da discriminação que tinha surgido na sociedade de forma dominante, e neste sentido, ofereceram uma maneira poderosa de reescrever o discurso hegemônico de opressão e exclusão. Apesar dos esforços incansáveis ao longo de 40 anos para combater o estigma e a discriminação em torno do HIV/Aids, esses obstáculos persistem como grandes desafios. Ao longo desse período, avançamos significativamente na resposta global ao vírus, tanto no Brasil quanto no mundo. Observamos melhorias notáveis na eficácia dos tratamentos e cuidados, além de avanços no acesso a medicamentos. Desenvolvemos abordagens mais eficazes para a prevenção da disseminação do vírus e aprendemos a combinar diferentes métodos preventivos (Parker & Aggleton, 2021).

No entanto, apesar desses avanços, a superação do estigma e da discriminação relacionados ao HIV/Aids tem sido mais lenta. A persistência desses aspectos prejudiciais tem sido uma barreira significativa para o progresso em outras áreas. O estigma e a discriminação continuam a impedir muitas realizações no enfrentamento da epidemia. Portanto, é crucial intensificar os esforços para combater o estigma e a discriminação em relação ao HIV/Aids. Somente quando conseguirmos superar esses obstáculos poderemos alcançar avanços verdadeiros e sustentáveis no controle e tratamento do HIV/Aids, proporcionando uma vida digna e saudável para todas as pessoas afetadas pela epidemia.

Em 2019, pela primeira vez, o Índice de Estigma foi aplicado no Brasil. O Índice de Estigma (UNAids, 2019) é uma ferramenta fundamental para medir e compreender o estigma e a discriminação enfrentados por pessoas vivendo com HIV. Sua aplicação no Brasil representou um marco significativo na busca por dados concretos que possam embasar políticas públicas mais inclusivas e eficazes. A pesquisa coletou informações valiosas sobre as experiências de estigma e discriminação em diversas esferas da vida, como o acesso à saúde, educação, trabalho e relações sociais.

Deste modo, essa importante iniciativa foi viabilizada graças à colaboração de diversas organizações e instituições dedicadas à luta contra o HIV/Aids. Entre os parceiros envolvidos estavam a Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV e Aids (RNP+), o Movimento Nacional das Cidadãs Positivas (MNCP), a Rede Nacional de Adolescentes e Jovens Vivendo com HIV e Aids (RNAJVHA), a Rede Nacional de Mulheres Travestis e Transexuais e Homens Trans Vivendo e Convivendo com HIV/Aids (RNTTHP), a ONG Gestos - Soropositividade, Comunicação e Gênero, o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (UNAids)

no Brasil, o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) no Brasil e a Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS).

O Boletim Epidemiológico HIV/Aids do Ministério da Saúde (2019) revela que, na última década, o número de óbitos relacionados à Aids aumentou 22,5% entre a população negra no Brasil, enquanto diminuiu 22,2% entre a população branca. A pesquisa do Índice de Estigma destaca as dificuldades sociais e econômicas enfrentadas pelas pessoas vivendo com HIV, com mais de 30% dos participantes desempregados e quase metade enfrentando dificuldades para suprir necessidades básicas. Além disso, 81% dos entrevistados relataram dificuldades em revelar sua condição de HIV positivo, muitas vezes enfrentando discriminação e preconceito.

Nesta perspectiva, esses recortes revelam que o estigma e a discriminação ainda são barreiras significativas, especialmente para aqueles em grupos marginalizados. As experiências de preconceito e exclusão social agravam as dificuldades econômicas e de saúde, criando um ciclo de vulnerabilidade que perpetua as desigualdades. Portanto, a epidemia de HIV no Brasil não pode ser dissociada das questões sociais e econômicas que afetam desproporcionalmente a população negra e pobre. Combatê-la requer uma abordagem integrada que inclua não apenas a provisão de cuidados de saúde, mas também a promoção da equidade social e econômica, a redução do estigma e a eliminação das barreiras que impedem o acesso aos serviços essenciais.

Recentemente, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) aprovou um novo medicamento para o tratamento do HIV, que combina duas substâncias diferentes em um único comprimido. Essa nova terapia é composta por lamivudina e dolutegravir sódico. A aprovação desse medicamento representa um avanço significativo no tratamento das pessoas que vivem com o vírus HIV, pois proporciona uma opção conveniente de dosagem diária, combinando dois antirretrovirais em um único comprimido. Essa abordagem simplificada do tratamento facilita a adesão dos pacientes ao regime terapêutico, contribuindo para uma melhor gestão da doença (Ministério da Saúde, 2023).

Atualmente, no contexto nacional, a epidemiologia aponta que as faixas etárias mais prevalentes para infecção pelo HIV são entre os homens de 13 a 19 anos, 20 a 29 anos e 30 a 39 anos. Nessas faixas, a principal categoria de exposição é a de homens que fazem sexo com homens (HSH), representando 64,1%, 65,1% e 43,2% dos casos, respectivamente. Para homens com mais de 40 anos, a prática heterossexual é predominante, assim como entre as mulheres em todas as idades (Agência Aids, 2023).

De acordo com um relatório apresentado pelo Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (UNAIDS, 2017a), quase quatro décadas após a identificação dos primeiros

casos, estima-se que existam 36,7 milhões de pessoas vivendo com HIV no mundo. O relatório também aponta que, globalmente, em 2016, foram registrados 1,8 milhão de novos casos de infecção por HIV e 1 milhão de mortes relacionadas à Aids. Apesar desses números serem alarmantes, o relatório traz uma perspectiva otimista, indicando que pouco mais da metade das pessoas vivendo com HIV no mundo agora têm acesso ao tratamento, o que resultou em uma redução de quase 50% no número de óbitos relacionados à síndrome nos últimos 10 anos.

Contudo, é importante considerar que, apesar dos bons resultados gerais nas taxas de infecção pelo HIV, o boletim traz um dado alarmante: houve um aumento nos casos de infecção por HIV entre os jovens no Brasil, especialmente na faixa etária de 15 a 24 anos. O documento revela que, entre 2007 e junho de 2022, ocorreram 102.869 casos (23,7%) nessa faixa etária, sendo 25,2% em indivíduos do sexo masculino e 19,9% no sexo feminino. Somente em 2022, foram registradas 9.516 infecções pelo vírus em pessoas com idade entre 15 e 39 anos, sendo 813 (4,9%) na faixa etária de 15 a 19 anos; 2.916 (17,5%) na faixa de 20 a 24 anos; 3.251 (19,5%) na faixa de 25 a 29 anos e 2.536 (15,2%) na faixa de 30 a 34 anos (Ministério da Saúde, 2022).

O Brasil tem registrado, anualmente, uma média de 36,4 mil novos casos de Aids nos últimos cinco anos. De acordo com os dados do Boletim, entre 2013 e 2017, houve uma redução média anual de 2,8%. Nos anos seguintes, 2018 e 2019, essa redução foi menor, de 1,2% e 0,8%, respectivamente. A pandemia de COVID-19 teve um impacto significativo nessas notificações, contribuindo para uma queda de 20,1% nos registros, o que representa 7.689 casos a menos, quando comparados os anos de 2019 e 2020 (Agência Aids, 2023).

A detecção precoce da sorologia positiva tem impacto significativo na expectativa e na qualidade de vida das pessoas que vivem com o vírus. Embora o tratamento antirretroviral seja garantido para todos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), entre 2011 e 2021, mais de 52 mil jovens de 15 a 24 anos com HIV desenvolveram Aids (Ministério da Saúde, 2022).

Neste sentido, vamos fazer uso de alguns dados disponibilizados pelo Sistema de Informação e Agravos de Notificação (SINAN): para melhor compreensão acerca da infecção atualmente, bem como os seus marcadores de investigação. O Sinan é fundamentalmente sustentado pela notificação e investigação de doenças e agravos que estão listados na relação nacional de doenças de notificação compulsória, conforme estabelece a Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017. A utilização eficiente desse sistema permite o diagnóstico dinâmico da ocorrência de eventos de saúde na população, fornecendo dados essenciais para explicar as causas dos agravos notificados e indicando possíveis riscos aos quais

as pessoas podem estar expostas. Isso contribui para uma visão mais precisa da realidade epidemiológica em áreas específicas (Ministério da Saúde, 2022).

Dessa maneira, destacamos entre os dados, o Boletim Epidemiológico HIV/Aids publicado pelo Ministério da Saúde (2023) que apresenta o número de casos de HIV (número e percentual) notificados no Sinan segundo sexo e escolaridade por ano de diagnóstico no Brasil de 2007 a 2023 – que consta no Anexo I desta dissertação – e trata da relação entre escolaridade e infecções. Ela levanta uma questão intrigante: os dados mostram que a população com menor nível de formação, como os as pessoas que sem escolarização, apresenta uma taxa de infecção significativamente menor em comparação àqueles com nível superior. Esse fato provoca uma reflexão sobre o que está em jogo para aqueles que possuem acesso à informação e aos métodos de proteção, mas que, paradoxalmente, ainda figuram como uma parcela com alto índice de infecção.

Neste sentido, os dados do Ministério da Saúde (2023) nos mostram ainda que há uma lacuna significativa com diversas implicações quando analisamos até que ponto, ou de que maneira, as pessoas com nível superior se previnem em relação às Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs). Isso pode ocorrer por meio da testagem regular, do uso de medicações preventivas ou até mesmo pelo diagnóstico precoce das infecções. Através dessas assistências, é possível realizar o rastreamento de novos casos e então terminam liderando os índices. Entretanto, é necessário considerar que, em contraste, indivíduos sem escolaridade ou com baixo nível de instrução muitas vezes enfrentam dificuldades para acessar esses mesmos recursos de prevenção. Essas barreiras, resultantes da falta de alfabetização e da própria realidade socioeconômica, limitam o acesso aos dispositivos de educação preventiva, ampliando a vulnerabilidade desse grupo.

Atualmente de acordo com as informações apresentadas quanto aos casos de HIV Notificados no Sinan em indivíduos com 13 anos de idade ou mais, segundo categoria de exposição hierarquizada, por faixa etária e ano de diagnóstico no Brasil de 2016 a 2022 (Ministério da Saúde, 2023) destaca-se a maior incidência na população masculina no recorte homossexuais, mas com uma maior prevalência nos heterossexuais no que diz respeito a faixa etária a partir dos 49 anos.

Assim sendo, homens tendem a ser menos propensos a realizar testes de HIV, iniciar a terapia antirretroviral e manter-se engajados no tratamento, resultando em taxas mais altas de mortes relacionadas à Aids e outras doenças em comparação às mulheres. No entanto, é crucial reconhecer que homens não constituem um grupo homogêneo. Assim, estratégias para aumentar o acesso e a aceitação de testes, tratamentos e cuidados precisam ser adaptadas não

apenas às lacunas geográficas, mas também às particularidades de diferentes grupos de homens, como gays, bissexuais, homens que fazem sexo com homens, e homens que usam drogas (UNAIDS, 2022).

Destacou-se em um estudo que o motivo dos adolescentes do sexo masculino não fazerem uso de métodos de prevenção é a priorização em ter relações sexuais no momento, sem considerar as consequências, uma vez que a intensidade e o prazer sexual representam suas maiores metas idealizadas segundo dados da Estratégia Saúde da Família no Brasil (Malta et al., 2016).

Em resumo, diversos fatores complexos contribuem para a baixa adesão de homens e meninos aos serviços relacionados ao HIV. Muitas dessas barreiras estão enraizadas em normas de gênero prejudiciais, como a associação da doença à “fraqueza”, o que intensifica o risco de transmissão do HIV. Além disso, a percepção de que ambientes clínicos são “espaços femininos” e as normas de masculinidade que incentivam comportamentos de risco e a repressão emocional agravam ainda mais as desigualdades no acesso e permanência nos cuidados (UNAIDS, 2022).

No que tange ao HIV/Aids também traz à tona a questão da mortalidade. Freud (2022) identificou a morte como uma das maiores fontes de angústia que o recalque tenta esconder. O HIV, especialmente nos primeiros anos da epidemia, foi associado à morte iminente, reforçando o medo inconsciente da finitude. A reação de recalque frente ao HIV pode levar à negação da gravidade da doença ou à busca de comportamentos que evitem a lembrança da própria vulnerabilidade – por exemplo, evitando conversas sobre prevenção ou se recusando a fazer o teste.

Consequentemente, como resposta a esses fenômenos e tantos outros relacionados a temática HIV/Aids destaca-se os esforços no combate de modo preventivo aos novos casos de infecção através das novas terapias medicamentosas de cunho preventivo, bem como uma aposta para relações de pessoas sorodivergentes. O estigma associado ao HIV/Aids influenciou as relações amorosas, tanto entre pessoas soropositivas quanto soronegativas. Muitos indivíduos soropositivos enfrentaram dificuldades em estabelecer vínculos afetivos, seja pelo medo do parceiro de se contaminar ou pelo preconceito internalizado.

1.4 Avançamos nos fármacos, mas ainda continuamos estagnados no olhar social

Atualmente muito tem se discutido sobre a revelação do diagnóstico, que se tornou um dilema crucial nos relacionamentos. Muitos homens que convivem com o vírus evitavam contar

sobre sua condição por medo de rejeição, enquanto outros enfrentavam discriminação quando revelavam o diagnóstico. O conceito de sorodivergência quando um parceiro é HIV positivo e o outro negativo se tornou central nas discussões sobre sexualidade e amor, levando à necessidade de estratégias de prevenção, como o uso de preservativos e, mais recentemente, a Profilaxia Pré-Exposição (PrEP).

Sendo assim, a Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) é uma estratégia de prevenção do HIV que consiste no uso de medicamentos antirretrovirais por pessoas que não têm o vírus, mas estão em risco de adquiri-lo. A PrEP envolve a tomada diária desses medicamentos para reduzir o risco de infecção pelo HIV em situações de exposição ao vírus, como relações sexuais desprotegidas ou compartilhamento de seringas. Quando utilizada corretamente, a PrEP tem demonstrado ser altamente eficaz na prevenção do HIV. É importante ressaltar que a PrEP deve ser combinada com outras estratégias de prevenção, como o uso de preservativos, para obter os melhores resultados (Ministério da Saúde, 2024).

Portando, destaca-se também a Profilaxia Pós-Exposição (PEP), uma medida de prevenção de urgência utilizada em situações de risco à infecção pelo HIV, bem como para o vírus da hepatite B e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Consiste no uso de medicamentos ou imunobiológicos para reduzir o risco de adquirir essas infecções em situações como violência sexual, relações sexuais desprotegidas ou acidentes ocupacionais. A PEP faz parte das estratégias da Prevenção Combinada, visando ampliar as opções de intervenção para atender às necessidades individuais e facilitar a inserção do método preventivo na vida das pessoas. Seu objetivo principal é evitar novas infecções pelo HIV, hepatite B e outras IST (Ministério da Saúde, 2022).

Sendo assim, no caso do HIV, a PEP baseia-se no uso de medicamentos antirretrovirais para reduzir o risco de infecção após a exposição ao vírus. É considerada uma urgência médica e deve ser iniciada o mais rápido possível, idealmente dentro das primeiras duas horas após a exposição e, no máximo, até 72 horas depois. O tratamento deve ser mantido por 28 dias, com acompanhamento médico durante e após esse período para realização dos exames necessários.

Nesse contexto, destaca-se a importância dos avanços farmacológicos para a qualidade de vida das pessoas com HIV/Aids, potencialmente melhorando a adesão ao tratamento devido aos efeitos reduzidos das novas drogas. No entanto, essas pessoas ainda enfrentam diariamente os impactos psicológicos dessa infecção em suas relações consigo mesmas e com o mundo, especialmente relacionados à qualidade de vida e às políticas públicas de assistência (Ministério da Saúde, 2022).

Com os avanços na prevenção e tratamento, houve mudanças na percepção do HIV nas relações afetivas. A ampliação do acesso à PrEP e à PEP fortaleceu a segurança nos relacionamentos, permitindo que casais sorodivergentes se relacionassem sem o mesmo nível de temor presente nas décadas anteriores. No entanto, ainda existem desafios. O estigma persiste, principalmente entre populações mais vulneráveis, como mulheres cis e trans, pessoas negras e LGBTQIAPN+. Além disso, o impacto emocional do diagnóstico ainda pode ser um fator que afeta a autoestima e a capacidade de engajamento em relações amorosas.

Recentemente, o Brasil participou da 5ª Conferência de Pesquisa em Prevenção do HIV (HIVR4P), que aconteceu em Lima, Peru, de 6 a 10 de outubro de 2024. O evento, organizado pela Internacional Aids Society, reuniu cerca de 1.500 participantes, incluindo cientistas, pesquisadores e representantes comunitários. Um dos avanços mais significativos foi a implementação da PrEP injetável anunciada pela a ViiV Healthcare, empresa global especialista no tratamento especializado para pessoa com HIV/Aids, que se comprometeu aumentar o fornecimento do cabotegravir de ação prolongada (CAB LA). A intervenção tem como objetivo impactar na redução de infecções que ainda possui índices significativos, pois muitas pessoas ainda enfrentam dificuldades com o uso da medicação, por meio da sua dispensa nas unidades responsáveis gerando situações estigmatizantes ou preconceituosas, ou por viverem sobre leis que criminalizam, ou pela impossibilidade de acesso (Agência Aids, 2024).

Nos últimos anos, o estigma em torno do HIV tem se intensificado com o avanço do neoconservadorismo na política brasileira. Os cortes de verbas no Ministério da Saúde, sob a gestão do ex-presidente Jair Bolsonaro (PL), afetaram 12 programas da pasta, incluindo aqueles que distribuem medicamentos para tratamento de Aids, infecções sexualmente transmissíveis e hepatites virais (Agência Aids, 2022). Isso contribui para um ambiente conservador, retrogrado e desumano, que representa um enorme obstáculo para o tratamento e coincide com o aumento do racismo, homofobia, transfobia e outras formas de discriminação (Abia, 2022).

Nesse sentido, vale destacar os cortes de financiamento dos Estados Unidos para programas internacionais de combate ao HIV/Aids durante a administração Trump que tiveram impactos significativos no Brasil e no mundo. O cancelamento ou redução de verbas do Plano de Emergência do Presidente dos EUA para o Alívio da Aids (PEPFAR) afetou diretamente iniciativas de prevenção, diagnóstico e tratamento do HIV, especialmente em países de baixa e média renda, incluindo o Brasil (UNAIDS, 2025).

Infelizmente tal medida afeta diretamente a redução no acesso a medicamentos e serviços de prevenção. A decisão resultou em cortes em programas de distribuição de antirretrovirais e na PrEP, além de reduzir a oferta de autotestes de HIV, dificultando o

diagnóstico precoce e o tratamento oportuno. A UNAIDS (2025) alertou que os cortes ameaçam o progresso global no combate à Aids e podem levar a um aumento das novas infecções e da mortalidade, prejudicando as metas de erradicação do HIV até 2030.

Atualmente com o corte do financiamento do PEPFAR, o Brasil enfrentou desafios significativos na manutenção da qualidade dos serviços de HIV/AIDS no Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, o avanço do neofascismo, exemplificado pela administração Trump, trouxe implicações políticas que afetaram diretamente a resposta global ao HIV/AIDS, incluindo o Brasil. O governo brasileiro e organizações internacionais buscaram alternativas para mitigar os danos, mas especialistas alertam que a lacuna no financiamento comprometeu a eficácia das estratégias de prevenção e tratamento. Esse cenário reflete a tensão entre a necessidade de recursos internacionais e a capacidade do país em sustentar políticas públicas de saúde diante de contextos políticos adversos. (UNIADS, 2025)

Como nos remete Brugère (2023) algumas formas de subjetivação diante da vida, de modo específico ao do estado democrático de direito são mais suscetíveis que outras e, por isso, requerem proteção para que possam se libertar ou se expressar plenamente e ter uma maior dignidade humana. Trata-se de existências que podem ser facilmente obliteradas pela violência ou pelo exercício do poder, como, por exemplo, corpos marcados pela infecção do HIV/Aids. Ademais, o liberalismo moral e político atua como um elemento profundamente identitário. Ele nos ensinou a conceber todo ser humano, independentemente de suas circunstâncias, como um sujeito sempre autônomo e reconhecido por seus pares como responsável por sua situação atual.

Deste modo, não estamos sendo alheios aos grandes avanços da ciência nos últimos tempos, mas destacando que, em contrapartida, ainda caminhamos a passos lentos rumo ao progresso na superação do estigma e da discriminação que demandam ações de longo prazo, os quais repercutem diretamente nas relações interpessoais dessas pessoas. O desafio ético, clínico e social que se impõe é o de sustentar espaços de escuta e elaboração subjetiva que não apenas acolham a dor, mas também permitam novas formas de laço, em que o amor não seja reduzido à aceitação tolerante, mas reconhecido em sua potência transformadora.

Por outro lado, temos alguns avanços na garantia de direitos das pessoas infectadas pelo vírus, a Lei nº 12.984 (2014) é uma legislação brasileira que tipifica o crime de discriminação contra portadores do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e doentes de Aids. Ela estabelece que é crime discriminar, ofender ou expor ao ridículo pessoas com HIV/Aids, sujeitando-as a constrangimento público. A lei prevê pena de reclusão de um a quatro anos, além de multa, para quem cometer esse tipo de discriminação. Se a discriminação ocorrer no contexto de trabalho, educação ou assistência à saúde, a pena pode ser aumentada em um terço. A legislação busca

combater o preconceito e promover a inclusão e o respeito aos direitos das pessoas que vivem com HIV/Aids.

Apesar dos avanços, tanto a nível nacional quanto internacional, ainda enfrentamos desafios significativos no combate ao preconceito e à estigmatização relacionados ao HIV/Aids. Essas formas de discriminação persistem em todo o mundo, representando obstáculos para a implementação eficaz de políticas de saúde e para o bem-estar das pessoas vivendo com HIV. Repercutindo em uma maior dificuldade em lidar com os efeitos do diagnóstico nas suas vidas.

Outro ponto a ser levado em consideração é a estigmatização e o preconceito em relação ao HIV são fenômenos complexos e multifacetados, enraizados em percepções errôneas, medos infundados e falta de informação que levam à exclusão social, à violação dos direitos humanos e à dificuldade no acesso aos serviços de saúde e apoio, o que ocorre não só no contexto brasileiro, mas infelizmente se estende e é ainda mais problemática em outros países.

Pode-se mencionar, por exemplo, que a lista de países que oferecem alguma restrição à entrada de pessoas vivendo com HIV, de acordo com o relatório do UNAIDS (2023) inclui Austrália, Cuba, Emirados Árabes Unidos, Egito, Israel, Líbano, Nova Zelândia, Paraguai, República Dominicana, Rússia, Singapura, Síria, Taiwan, entre outros. Apesar dos avanços, ainda enfrentamos políticas discriminatórias no mundo, as quais impõem restrições de viagem com base no estado sorológico do HIV, exigindo testes para entrada ou residência. Isso pode impedir que pessoas vivendo com o vírus viajem, estudem, trabalhem ou morem legalmente nesses países. Essas políticas discriminatórias afetam diretamente os direitos humanos e a liberdade de movimento das pessoas com o vírus, perpetuando o estigma em torno da Aids e dificultando o acesso a oportunidades de vida em outros países. Essas restrições também podem prejudicar os esforços globais de prevenção e tratamento do HIV, ao invés de promover a inclusão e a igualdade.

Ao observar os fatos discorridos acima, percebe-se que esse discurso social ainda é demasiadamente forte na contemporaneidade contribuindo cada vez mais para o preconceito e estigma, conforme destacam Parker e Aggleton (2021) ao afirmar que apesar dos grandes avanços que têm sido obtidos para enfrentar os complexos efeitos da infecção que não só se tangencia as questões biológicas, mas em virtude de um vírus que ainda não desenvolvemos um modo de extinção, por meio da sua replicação na sociedade, sendo ele o estigma e a discriminação em relação ao HIV e à Aids, o qual ao longo de 40 anos da epidemia, se mostra um ponto tão difícil de ser combatido que repercute inclusive na construção das relações amorosas após a infecção.

Capítulo 2: A escuta de homens com HIV/Aids

A passagem do campo teórico para o empírico nos convida a um mergulho na singularidade das narrativas, pois é na escuta clínica que os conceitos ganham corpo e se entrelaçam às experiências concretas de homens vivendo com HIV/AIDS. Escutar esses sujeitos não se restringe a recolher dados ou registrar relatos; trata-se de acompanhar o modo como cada um constrói sentidos sobre si, sobre o outro e sobre suas relações, em um movimento que articula sofrimento, resistência e reinvenção. É nesse espaço de fala que emergem tensões próprias da masculinidade hegemônica, atravessando desde a forma como se reconhecem como homens até a maneira como vivem o amor, a sexualidade e o enfrentamento da soropositividade.

Neste capítulo, apresento os dados coletados no campo e fragmentos das entrevistas realizadas³, procurando destacar como cada trajetória traz à tona nuances particulares que, ao mesmo tempo, refletem e questionam padrões sociais amplos. A voz de cada participante é aqui tomada não apenas como testemunho individual, mas como expressão de processos coletivos, históricos e culturais que incidem sobre o ser homem na contemporaneidade. Assim, busco articular a escuta clínica às dimensões subjetivas e sociais, permitindo que se evidenciem os efeitos da masculinidade hegemônica nas experiências de infecção, nas relações amorosas e nas possibilidades de ressignificação. A experiência do diagnóstico quando advém de uma relação amorosa, a revelação da sorologia aos parceiros, as transformações nas práticas de afeto e desejo, e o enfrentamento cotidiano do estigma compõem um campo fértil para o trabalho clínico e para a pesquisa em psicanálise e saúde.

Dado o assunto exposto, pode-se entender que a escuta clínica, nesse contexto, emerge como ferramenta essencial para acessar a complexidade da vivência subjetiva de homens que convivem com o vírus, bem como os efeitos desse processo na sua forma de existir no mundo. Partimos do pressuposto de que ouvir esses homens em sua singularidade é também uma forma de resistir às leituras patologizantes ou generalizantes que, frequentemente, os reduzem a estatísticas ou os enquadram em estereótipos fixos. Trata-se de sustentar uma escuta que acolha as ambiguidades, as repetições, as defesas e os modos de elaboração que cada sujeito encontra para lidar com a presença do vírus em sua história. Mais do que investigar respostas objetivas, é necessário acompanhar os efeitos subjetivos da soropositividade em suas vidas,

³ As entrevistas transcritas constam no Anexo C.

principalmente nas suas formas de relacionar amorosamente após o diagnóstico, reconhecendo a diversidade de modos de existir com o HIV.

Neste percurso, a escuta se configura não apenas como um instrumento técnico, mas como um ato ético, que reconhece no outro o direito de dizer sobre si e de significar sua experiência. Ao nos debruçarmos sobre essas falas, buscamos analisar como os homens ressignificam seus vínculos, seus desejos e seus projetos de vida, enfrentando, muitas vezes em silêncio, os atravessamentos sociais, afetivos e psíquicos que a infecção impõe.

2.1 O perfil sociodemográfico e sorológico

A seguir, apresentamos o perfil sociodemográfico e sorológico dos homens entrevistados, com base nas informações coletadas durante as entrevistas. Os dados foram organizados a fim de preservar o anonimato dos participantes, respeitando os princípios éticos da pesquisa.

1. Faixa etária:

- De 24 a 34 anos: 05 participantes
- De 35 a 44 anos: 02 participantes
- De 45 a 54 anos: 01 participantes

2. Escolaridade:

- Ensino médio completo: 02 participantes
- Ensino superior incompleto: 02 participantes
- Ensino superior completo: 04 participantes

3. Estado civil:

- Solteiros: 04 participantes
- Namorando: 01 participante
- Casados ou em união estável: 01 participante
- Viúvo: 01 participante

4. Orientação sexual autodeclarada:

- Homossexual: 07 participantes

- Demissexual: 1 participante

5. Identidade de gênero

- Homens Cis: 08 participantes

6. Tempo desde o diagnóstico:

- Não lembra: 02 participantes
- Entre 1 e 5 anos: 04 participantes
- Mais de 5 anos: 03 participantes

7. Forma relatada de infecção:

- Relação sexual sem preservativo: 05 participantes
- Uso de drogas injetáveis: 0 participantes
- Parceiro fixo e sem uso do preservativo (sem preservativo): 01 participantes
- Parceiro fixo e com uso do preservativo): 02 participantes

8. Uso de terapia antirretroviral (TARV):

- Em uso regular: 07 participantes
- Em uso irregular ou com interrupções: 01 participante

9. Carga viral e CD4 (informada pelos participantes):

- Carga viral indetectável: 08 participantes

Destaca-se que todos os participantes estavam vinculados ao serviço de saúde pública especializado em infectologia.

O sigilo das identidades foi preservado, utilizando-se apenas dados agregados para apresentação.

2.2 Os depoimentos

A presente seção tem como objetivo apresentar excertos dos depoimentos colhidos ao longo das entrevistas realizadas com os participantes da pesquisa. As falas que se seguem foram

selecionadas por sua relevância para os eixos temáticos abordados neste trabalho e serão utilizadas como material clínico e analítico para refletir sobre os efeitos subjetivos da vivência com o HIV.

As entrevistas foram realizadas de forma semiestruturada, permitindo que os sujeitos pudessem narrar livremente suas experiências, medos, afetos, estratégias de enfrentamento e relações com o diagnóstico e o tratamento. Ao valorizar a palavra do sujeito, buscamos aqui não apenas ilustrar argumentos teóricos, mas sustentar a escuta como ato clínico e ético, possibilitando o aparecimento daquilo que, muitas vezes, é silenciado ou negligenciado.

Nas entrevistas, após a coleta dos dados sociodemográficos já apresentados, os questionamentos concentraram-se em três eixos principais: a quantidade de relações sexuais antes e depois do diagnóstico, as reações dos parceiros diante da condição sorológica e os efeitos da infecção na forma de amar e ser amado. A partir desses relatos, buscamos identificar elementos que nos permitissem compreender de que maneira a vida amorosa desses homens foi ressignificada após o diagnóstico de HIV/Aids. As respostas dos entrevistados estão transcritas no Anexo C.

Para garantirmos o anonimato e o respeito à confidencialidade, conforme preconiza a ética em pesquisa com seres humanos, identificamos cada entrevistado por número. Os trechos foram organizados de maneira a preservar a espontaneidade da fala, sem alterações no conteúdo, e refletem as tensões, angústias, ambivalências e resistências próprias da experiência singular de cada homem com o vírus. Bem como a repetição do silêncio meio as palavras na maioria das respostas. Neste sentido, esquecemos que algumas vidas enfrentam a experiência de vulnerabilidade de maneira mais intensa do que outras. Delegamos aos menos privilegiados, aqueles que são menos visíveis e reconhecidos, a tarefa de atender às suas próprias necessidades, criando, assim, na sociedade, cadeias de vulnerabilidade que se traduzem também em precariedade social. O silenciamento das pessoas que convivem com a infecção diante do próprio sistema social, não seria experienciar essa vulnerabilidade, e como essa questão desdobra nas escolhas amorosas.

Os depoimentos dos entrevistados evidenciam como o diagnóstico de HIV impacta profundamente as relações amorosas e a construção da subjetividade. Parker e Aggleton (2021) destacam que o estigma relacionado ao HIV não é apenas uma questão individual, mas um fenômeno social que reforça desigualdades existentes, afetando a forma como os indivíduos se percebem e são percebidos em suas relações sociais e afetivas.

Antes de adentrar nos depoimentos propriamente ditos, faz-se necessário destacar a experiência da escuta clínica como um espaço marcado por nuances que vão além do discurso

verbalizado. Ao longo das entrevistas, foi possível perceber que os homens, ao falarem de si, revelavam não apenas conteúdos conscientes, mas também expressões sutis que atravessavam o corpo e a linguagem. Pausas prolongadas, silêncios carregados de significados, momentos de choro e inibições no falar mostravam-se tão reveladores quanto as palavras ditas. Esses gestos, muitas vezes involuntários, sinalizavam a densidade emocional presente no encontro e a dificuldade de nomear certas dores, especialmente quando relacionadas ao impacto do HIV/AIDS em suas vidas e identidades masculinas.

Desse modo, a escuta não se restringiu ao que foi enunciado, mas também ao que emergia nas brechas, nos não-ditos e nas manifestações de resistência ou de impossibilidade de simbolização. No que se refere aos impactos do diagnóstico, consideraram-se os sentimentos e emoções suscitados, a forma de se relacionar amorosamente antes e após a descoberta da sorologia, as reações dos parceiros diante da revelação do HIV, bem como o olhar da sociedade em relação aos homens que convivem com o vírus.

Entrevistado 01

Idade: 33

Escolaridade: Nível superior completo

Tempo desde o diagnóstico: Não lembra

Forma relatada de infecção: Parceiro não fixo sem uso do preservativo

Uso de terapia antirretroviral (TARV): Sim

Carga viral e CD4 (informada pelo participante): Indetectável

O primeiro entrevistado inicia sua narrativa de maneira tranquila, mas deixa transparecer, desde o início, a delicadeza do tema a ser abordado, sobretudo quando as questões se voltaram para os impactos no campo do amor. Seu relato foi marcado por algumas pausas e silêncios, especialmente diante das perguntas relacionadas à esfera afetiva, quando ele colocou que houve um acolhimento do seu parceiro na época, sendo fundamental para o enfrentamento inicial do diagnóstico e do olhar preconceituoso da sociedade para indivíduos que vivem com HIV. Ao rememorar a descoberta do diagnóstico, alternava entre tentativas de racionalização e lapsos emocionais, revelados por um olhar lacrimante, como se revivesse o impacto inicial. O modo como recebeu a notícia por parte do profissional de saúde também emergiu em sua fala como uma experiência de violência simbólica, marcada pela falta de empatia e de sensibilidade. Sua postura corporal retraída e os olhares tímidos reforçavam a dificuldade nomear

determinados enunciados, ao mesmo tempo em que a fala se constituía como um espaço de elaboração subjetiva da experiência.

Neste sentido, no que se refere às questões que envolvem o campo amoroso, demonstrou certa dificuldade, até mesmo ambiguidade em relação às respostas. Mostrou-se surpreso diante delas e refletiu, no momento, se o fato de não se relacionar amorosamente pode estar ligado à infecção ou não – ou se simplesmente não sabe. O depoimento, nesse ponto, é marcado por interrupções e ambivalência, assim como pela preocupação em ter que revelar ao outro a questão do vírus. Além disso, relata ter se tornado mais seletivo na escolha amorosa.

Somado a isso, apresentamos um recorte desse depoimento como forma de dar visibilidade às vozes que sustentam este estudo – vozes que, mais do que representar dados, expressam modos singulares de existir, amar, sofrer e resistir diante da condição de viver com o vírus, sob a luz do olhar da sociedade sobre esses homens.

Como pode se perceber neste trecho da entrevista realizada com o Entrevistado 01:

A maioria... [silêncio] é como se [...] [silêncio] sinceramente falando, como se a gente nem existisse, sabe? É como se [...] Por isso que às vezes a gente se sente bem retraído de como está, justamente por medo das respostas de como esses homens vão me enxergar.

O presente relato evidencia a fragilidade que emerge na elaboração dos efeitos do diagnóstico, especialmente diante da ausência de acolhimento e empatia no campo social. Tal carência impacta diretamente o modo como o sujeito vivencia sua condição, dificultando o manejo consigo mesmo no processo de enfrentamento. Nesse cenário, muitos permanecem cristalizados em posições de retraimento e silêncio, o que reforça a importância de abrir espaços de escuta. Mais do que uma abordagem teórica ou científica, trata-se de reconhecer a relevância de considerar a experiência subjetiva desses homens, permitindo que suas próprias vozes contribuam para a compreensão do fenômeno. Este sentimento de invisibilidade e retraimento reflete o que Parker e Aggleton (2021) descrevem como a internalização do estigma em que o indivíduo absorve as percepções negativas da sociedade, afetando sua autoestima e capacidade de estabelecer vínculos afetivos.

Entrevistado 02

Idade: 42

Escolaridade: Nível Superior Completo

Tempo desde o diagnóstico: 5 anos

Forma relatada de infecção: Parceiro fixo com uso do preservativo

Uso de terapia antirretroviral (TARV): Sim

Carga viral e CD4 (informada pelo participante): Indetectável

O segundo entrevistado trouxe uma narrativa marcada por maior esperança, evidenciando como o amor desempenhou papel fundamental no enfrentamento do HIV. Desde o início, sua fala foi permeada por um tom mais sereno e confiante e menos inibido, revelando que a possibilidade de manter um vínculo afetivo lhe ofereceu suporte para lidar com os impactos do diagnóstico. Ao recordar os momentos de maior fragilidade, ressaltava que a presença do parceiro por ser um homem que vive com o vírus, partilham uma experiência do cuidado mútuo funcionando como contraponto ao estigma, solidão e os efeitos no campo amoroso, ajudando-a a ressignificar a vivência com o vírus.

Seu depoimento evidencia de forma marcante, a força da relação amorosa como eixo fundamental no enfrentamento da infecção. É como se, ao se reconhecer digno de amar e de ser amado, se abrisse um espaço de elaboração em que o cuidado, o zelo e a cumplicidade pudessem florescer e se consolidar. Nesse campo de trocas afetivas, a caminhada, antes solitária e marcada pelo peso das incertezas, passa a ser compartilhada, tornando-se mais leve e suportável. O amor, nesse contexto, não se limita a acompanhar o percurso, mas se sobrepõe à própria experiência da infecção, transformando seus desdobramentos e reconfigurando o modo como ela se inscreve na vida cotidiana.

Deste modo, ele inaugura, assim, uma nova possibilidade de existência, na qual a serenidade emerge como horizonte, mesmo diante da vulnerabilidade e do estigma. O vínculo amoroso opera como uma força vital que suaviza as dores, ressignifica as feridas e permite a construção de um sentido para além da doença. A experiência de amar e ser amado para esse homem se revela, portanto, como uma das formas mais potentes de resistência: um gesto que não apenas protege da solidão, mas também reafirma a dignidade de viver. Nesse cenário, desataca-se que no seu depoimento o amor se transforma em um lugar de refúgio e, ao mesmo tempo, em espaço de invenção, no qual sonhar é possível, ainda que o mundo insista em lembrar a todo instante das limitações. Seus gestos, olhares e pausas não demonstravam apenas dor, mas também a força de alguém que encontrou no campo amoroso um espaço de acolhimento e reconhecimento, elementos que se tornaram centrais na construção de sua trajetória após o diagnóstico.

Entrevistado 03

Idade: 54

Escolaridade: Nível Superior Completo

Tempo desde o diagnóstico: 7 anos

Forma relatada de infecção: Parceiro fixo e com uso do preservativo

Uso de terapia antirretroviral (TARV): Sim

Carga viral e CD4 (informada pelo participante): Indetectável

Sob essa mesma perspectiva, o terceiro entrevistado apresentou uma narrativa profundamente marcada pela singularidade de sua trajetória, uma vez que sua infecção pelo HIV não ocorreu por meio de uma relação sexual, mas em decorrência de um procedimento cirúrgico. Esse aspecto conferiu um tom distinto ao seu relato, pois desloca a discussão da culpa e da traição, tão frequentes nas histórias associadas ao vírus, para uma experiência de vulnerabilidade diante do sistema de saúde.

Apesar do impacto inicial e das incertezas que acompanharam o diagnóstico, sua vivência foi ressignificada pela postura do parceiro, que não apenas permaneceu ao seu lado, mas também intensificou a relação de afeto e cuidado. Esse gesto de permanência não se reduziu a um simples ato de apoio, mas se traduziu em uma reafirmação cotidiana do vínculo e do sentimento de amor, sustentando a esperança e fortalecendo a confiança mútua. Ao longo da entrevista, era evidente como a emoção transbordava, tanto na modulação da voz quanto nos olhos marejados em lágrimas, ao relatar a maneira pela qual o amor se intensificou frente à adversidade, transformando-se em verdadeiro pilar de sustentação, resistência e aposta no futuro.

Nessa narrativa, observa-se que a sexualidade, frequentemente marcada por adversidades subjetivas e sociais, encontrou na parceria um espaço de acolhimento, cumplicidade e reafirmação. A relação amorosa, longe de se fragilizar diante do impacto do diagnóstico, tornou-se alicerce para a construção de uma qualidade de vida mais digna e para a possibilidade de sonhar e viver um relacionamento duradouro. A vivência relatada evidencia que o encontro amoroso, quando sustentado pelo afeto e pelo compromisso, pode funcionar como antídoto contra o isolamento, permitindo a reconstrução da autoestima e da confiança em si mesmo.

Essa experiência revela, portanto, que, mesmo em um contexto marcado pelo estigma, o vínculo amoroso construiu um espaço privilegiado de proteção, reconhecimento e

reafirmção da vida. Ao mesmo tempo, o entrevistado salientou as dificuldades enfrentadas no convívio social, apontando o peso do olhar estigmatizante dirigido aos homens que vivem com o HIV. Questionado se essa percepção social tem incidência em sua vida, ele respondeu:

“De certo modo sim, pois as pessoas terminam pensando que você está fora da vida. Então, acho que a sociedade e as pessoas não entendem, acham que HIV é Aids. Isso dificulta muito”.

Essa fala expõe a tensão permanente entre exclusão social e acolhimento íntimo, entre a rejeição vivida no espaço público e o amparo recebido na relação amorosa, demonstrando como a presença do parceiro foi fundamental para que sua trajetória não fosse marcada apenas pela dor, mas também pela possibilidade de reinvenção.

O relato do entrevistado revela a persistente confusão social entre HIV e AIDS, a qual reforça estigmas historicamente associados à infecção. Essa percepção equivocada contribui para a construção de um imaginário em que a pessoa vivendo com vírus, é posicionada como alguém “fora da vida”, como se a existência estivesse reduzida ao adoecimento, pressuposto esse já foi citado no capítulo anterior. Tal perspectiva evidência não apenas a falta de informação da sociedade, mas também a potência de um discurso que exclui e marginaliza, intensificando o sofrimento psíquico. Essa confusão entre HIV e Aids perpetua estigmas desatualizados, dificultando a compreensão pública sobre a condição e impactando negativamente as relações sociais e amorosas dos indivíduos que convivem com o vírus.

Entrevistado 04

Idade: 30 anos

Escolaridade: Nível Superior Completo

Tempo desde o diagnóstico: 4 anos

Forma relatada de infecção: Parceiro não fixo sem uso do preservativo

Uso de terapia antirretroviral (TARV): Sim

Carga viral e CD4 (informada pelo participante): Indetectável

O quarto entrevistado destacou que o impacto do diagnóstico reforçou uma concepção internalizada de que ser um homem gay era algo errado – reflexo direto das marcas da masculinidade hegemônica que atravessaram sua educação, bem como as produções sociais do

lugar que ele tinha nascido e vivido por um tempo, as quais moldaram sua percepção de si mesmo. Essa visão contribuiu para um ponto de grande sutileza e cuidado em se relacionar após a infecção, na medida em que carregava consigo uma concepção preconcebida tanto da sexualidade quanto do que significa “ser homem”.

Ao narrar sua experiência, ficou evidente que o amor se tornou um recurso fundamental para lidar com os impactos subjetivos da infecção. No entanto, o que se evidencia de forma ainda mais contundente é a tensão entre o lugar de afeto e a herança de um modelo de masculinidade que, historicamente, dificulta ao sujeito a possibilidade de reconhecer e viver o amor em sua dimensão de cuidado e vulnerabilidade. Essa contradição aparece de modo específico quando o entrevistado relata as construções sociais do ser homem, marcadas por sua origem no interior e por pertencer a uma família tradicional e profundamente religiosa. Essa relação com seu lugar de origem teve efeito direto na dificuldade de aceitação da própria sexualidade, uma vez que, nesse contexto, a homossexualidade era atravessada por fortes marcas de estigma e repressão. Tal trajetória fez com que a vivência da infecção pelo HIV adquirisse um peso ainda maior, intensificando sentimento de culpa e vergonha e reforçando a complexidade subjetiva do enfrentamento.

O diagnóstico de HIV tornou essa contradição mais aguda: se, de um lado, o discurso social associa a homossexualidade e a soropositividade à marginalização, de outro, o vínculo amoroso inaugura uma experiência que desafia a lógica da rejeição. Ao compartilhar sua sorologia com o parceiro, ele foi surpreendido pela acolhida e pela aceitação, em contraste direto com a expectativa de exclusão que o acompanhava. Esse desencontro entre a fantasia da rejeição e a experiência real do acolhimento revela o quanto sua subjetividade estava atravessada pelas marcas do estigma, mas também mostra como o amor opera como força de ressignificação. O que se desvela, portanto neste depoimento, é que a dificuldade maior não está apenas na presença do vírus, mas nas representações sociais que sustentam um ideal de masculinidade normativa, estruturado na autossuficiência, na virilidade inabalável e na recusa da fragilidade.

Assim, sua trajetória evidencia que amar, no contexto do HIV, é também um ato de resistência, pois implica confrontar modelos de ser homem que negam a entrega afetiva e a necessidade de cuidado. O vínculo amoroso, ao contrário, aponta para outras formas de masculinidade possíveis, capazes de integrar vulnerabilidade, afeto e reconhecimento mútuo como dimensões legítimas da vida subjetiva e relacional. Quando indagado sobre a percepção da sociedade em relação a si e a outros homens vivendo com HIV, o entrevistado expôs:

“Sem querer romantizar a questão que se a pessoa ficar presa no preconceito pode atrapalhar, mas se for uma pessoa aberta vejo até como algo positivo no meu caso a gente criou até mais intimidade”.

O relato evidencia uma ambivalência significativa: ao mesmo tempo em que o preconceito pode se constituir como um obstáculo ao viver amoroso, a abertura e a disponibilidade do parceiro para lidar com a sorologia se mostram como fatores que favorecem a construção de vínculos mais sólidos. Nesse sentido, a experiência do diagnóstico, quando não aprisionada pela lógica estigmatizante influenciada pela masculinidade hegemônica, pode possibilitar o desenvolvimento de maior intimidade, confiança e cumplicidade na relação. Trata-se, portanto, de um campo em que a vulnerabilidade não necessariamente se traduz em fragilidade, mas pode se reconfigurar em potência relacional, ampliando a capacidade de sustentar laços amorosos diante da adversidade. No relato citado acima, observa-se uma ressignificação da condição sorológica, em que a abertura e o diálogo sobre o convívio com o vírus fortalecem o vínculo afetivo, desafiando o estigma e promovendo uma maior intimidade no relacionamento.

Entrevistado 05

Idade: 24 anos

Escolaridade: Nível Médio Completo

Tempo desde o diagnóstico: 2 anos

Forma relatada de infecção: Parceiro não fixo sem uso do preservativo

Uso de terapia antirretroviral (TARV): Sim

Carga viral e CD4 (informada pelo participante): Indetectável

O quinto entrevistado apresentou, ao longo de sua narrativa, inúmeras pausas, silêncios prolongados e expressões de desconforto diante das questões relacionadas ao processo de infecção, revelando a intensidade da experiência e a dificuldade de elaboração a vivências tão marcadas pela dor. Esses silêncios não aparecem como meros lapsos na fala, mas como lugares de condensação daquilo que é difícil de ser nomeado – a solidão, a angústia, a sensação de fragilidade e, sobretudo, o medo de perder vínculos diante de uma revelação que ainda é socialmente carregada de estigma. A entrevista, nesse sentido, tornou-se um espaço em que o

não-dito se fazia tão presente quanto as palavras, evidenciando o peso subjetivo daquilo que permanece recalcado ou pouco elaborado.

O entrevistado ressaltou que, antes do diagnóstico, não havia vivenciado relacionamentos duradouros, vivendo sua sexualidade de maneira mais fragmentada e com vínculos efêmeros. Hoje, entretanto, encontra-se em um movimento de abertura afetiva, experimentando uma relação em que a ideia de compromisso e continuidade começa a ganhar espaço. Apesar disso, ele fez questão de enfatizar que a declaração de amor recebida do parceiro só teria pleno valor caso este tivesse conhecimento de sua sorologia e, ainda assim, permanecesse ao seu lado. Esse detalhe revela o quanto a experiência amorosa está atravessada por uma expectativa de aceitação para, então, reconhecê-lo como verdadeiro. Aqui se evidencia a centralidade do medo do abandono e da rejeição: o amor só pode ser validado se sobreviver ao confronto com o estigma, o que demonstra a força que o preconceito ainda exerce sobre a forma como ele se percebe digno – ou não – de amar e ser amado.

O entrevistado também apontou que, no contexto social em que está inserido, ainda predomina uma grande desinformação em torno da infecção. Essa falta de conhecimento contribui para a perpetuação de preconceitos e fantasias equivocadas que intensificam suas inseguranças, minando a possibilidade de viver o afeto com tranquilidade. O ambiente social, ao invés de oferecer condições para a construção de vínculos mais sólidos e transparentes, acaba funcionando como um cenário de vigilância e ameaça, reforçando o receio de ser julgado ou excluído. Nesse sentido, sua dificuldade em sustentar vínculos amorosos de forma confiante não é apenas individual, mas resultado direto de um contexto em que o HIV continua sendo visto como marca de perigo, promiscuidade e fragilidade. Sua experiência revela que, embora o medo do abandono ainda seja uma presença constante, a abertura ao vínculo amoroso traz a possibilidade de ressignificação e de construção de um novo lugar para si mesmo, no qual ser amado não depende mais da negação da doença, mas da aceitação de que ela faz parte de sua história.

Entrevistado 06

Idade: 31 anos

Escolaridade: Nível superior incompleto

Tempo desde o diagnóstico: Não sabe

Forma relatada de infecção: Parceiro fixo e sem uso do preservativo

Uso de terapia antirretroviral (TARV): Sim

Carga viral e CD4 (informada pelo participante): Indetectável

Da mesma forma, o sexto entrevistado apresentou-se bastante apreensivo e ansioso quanto à preservação de sua identidade como o quinto entrevistado, chegando a recusar a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), gesto que evidencia a intensidade de seu receio em se expor e a necessidade de proteger sua intimidade⁴. Sua narrativa revelou a força do impacto vivido no momento do diagnóstico, uma experiência descrita por ele como profundamente dolorosa e desestruturante, capaz de abalar não apenas sua rotina cotidiana, mas também a percepção de si mesmo e das possibilidades de relação afetiva.

Um aspecto que tornou sua experiência ainda mais intensa foi o fato de que a infecção ocorreu de maneira unilateral: apenas ele foi infectado, enquanto seu parceiro permaneceu soronegativo; caso em que a infecção advém de um terceiro que entra na relação em comum acordo. Essa situação potencializou sentimentos de insegurança, medo e culpa, tornando a possibilidade de confiar no vínculo afetivo ainda mais frágil. O entrevistado relatou preocupação constante com a aceitação do parceiro sorodiscordante, mesmo reconhecendo o apoio recebido na relação. Esse temor revela a tensão entre o desejo de compartilhar afetos e a ameaça constante de rejeição, mostrando como o estigma social se internaliza e se manifesta na subjetividade, criando barreiras simbólicas à entrega e à confiança no vínculo.

Durante toda a entrevista, o choro foi recorrente, sinalizando que falar sobre o tema ainda causava grande sofrimento, uma vez que nunca havia compartilhado essa experiência com ninguém (o que justifica suas reticências em assinar o TCLE). O silêncio prolongado, rompido apenas no espaço seguro da escuta clínica, revelou múltiplas camadas de vulnerabilidade: não se trata apenas do medo da rejeição social, mas também da dificuldade de elaborar internamente a experiência com o vírus, da responsabilidade emocional de conviver com um parceiro soronegativo e da necessidade de se proteger de uma sociedade que reforça o preconceito e a exclusão.

Nesse sentido, sua trajetória indica a complexa interseção entre estigma, identidade masculina e subjetividade, mostrando que o amor e o vínculo afetivo, embora presentes, estão atravessados por desafios que vão além da convivência diária. A infecção unilateral intensifica a insegurança e coloca o homem frente a uma tensão singular: a de se sentir responsável pelo cuidado do outro, ao mesmo tempo em que precisa lidar com sua própria fragilidade e

⁴ Após ser esclarecido quanto ao sigilo, concordou em assinar.

vulnerabilidade, exigindo ressignificações constantes para que a experiência de ser amado e de amar se torne possível além da dificuldade de falar sobre seu processo.

Entrevistado 07

Idade: 26 anos

Escolaridade: Nível médio completo

Tempo desde o diagnóstico: 1 ano

Forma relatada de infecção: Parceiro fixo e sem uso do preservativo

Uso de terapia antirretroviral (TARV):

Carga viral e CD4 (informada pelo participante): Indetectável

É fundamental destacar que o sétimo entrevistado revelou, em sua narrativa, um profundo dano no campo amoroso, marcado especialmente pela ênfase na sensação de traição vivida. Ele associa o processo de infecção a uma dor difícil de nomear, uma experiência que ultrapassa o sofrimento físico e se inscreve de forma intensa no plano afetivo, abalando não apenas a relação, mas também sua percepção de confiança, segurança e pertencimento emocional. Ao longo da entrevista, chorou copiosamente diante de quase todas as perguntas, acompanhado de pausas longas e silenciosas revelando a profundidade da ferida subjetiva e a sensibilidade na elaboração daquilo que se tornou experiência traumática.

Seu depoimento explicita um abalo significativo na confiança depositada no parceiro, figura que, em sua expectativa, deveria ter oferecido cuidado, proteção e cumplicidade, mas que, ao contrário, o expôs ao risco da infecção. Esse rompimento na confiança conjugal ressoa como um dos impactos mais intensos e duradouros, influenciando não apenas a qualidade da relação amorosa, mas também a maneira como ele passa a se perceber e se posicionar em relação à própria afetividade. A traição sentida, nesse contexto, não se limita a uma transgressão moral ou comportamental; ela se inscreve na subjetividade como marca de vulnerabilidade, vergonha e medo de repetição, tornando cada novo vínculo afetivo um espaço permeado pela desconfiança e pela insegurança.

Além disso, a intensidade do sofrimento revela como a experiência da infecção se entrelaça com normas sociais e expectativas sobre o amor e a fidelidade, expondo a tensão entre o desejo de confiar e a necessidade de autoproteção. O impacto não se restringe à dimensão individual, pois ressoa nas relações sociais e íntimas, afetando a capacidade de se entregar emocionalmente e de estabelecer vínculos duradouros. Dessa forma, seu relato evidencia que, no contexto do HIV, o campo amoroso pode se tornar um território de risco e fragilidade, no

qual a reconstrução da confiança exige tempo, suporte e um espaço seguro de escuta e acolhimento.

Entrevistado 08

Idade: 43 anos

Escolaridade: Nível superior completo

Tempo desde o diagnóstico: 6 anos

Forma relatada de infecção: Parceiro não fixo e sem uso do preservativo

Uso de terapia antirretroviral (TARV): Sim

Carga viral e CD4 (informada pelo participante): Indetectável

O oitavo e último entrevistado traz em sua narrativa uma experiência marcada por múltiplas camadas de trauma: desde o impacto do diagnóstico até a forma como ocorreu a infecção. Relata a dor de ter enfrentado sozinho os primeiros momentos, um percurso que ainda hoje permanece difícil de elaborar. Com postura retraída e olhar constantemente marejado, respondia às perguntas de maneira contida, revelando a dificuldade em sustentar certos temas. Nos momentos em que a entrevista abordava questões ligadas ao amor, o silêncio prolongado se tornava uma resposta em si, carregado de significados. O medo da não aceitação aparece como uma constante, fazendo com que, diante da possibilidade de amar e ser amado, ele recuasse, como se a esperança estivesse sempre atravessada pela ameaça do abandono. O silêncio e as pausas prolongadas, por vezes acompanhados de lágrimas contidas, indicavam a dificuldade de nomear certas vivências, ao passo que sua narrativa se tornava um exercício de enfrentar dores ainda latentes.

Levando em conta o que foi apresentado, observa-se que a experiência do homem que convive com o vírus se inscreve de maneira singular em cada sujeito, mas atravessada por elementos comuns, como o medo da rejeição, a fragilidade da confiança nos vínculos amorosos e a constante negociação entre revelar ou silenciar a própria condição. Os silêncios, as pausas, o choro e as inibições que emergiram durante as entrevistas não se configuram apenas como marcas emocionais isoladas, mas como expressões do impacto subjetivo do diagnóstico e das exigências culturais impostas pela masculinidade hegemônica. Nesse cenário, a infecção pelo HIV/AIDS não pode ser compreendida apenas como um dado biomédico, mas como um acontecimento que reconfigura a vida amorosa, sexual e identitária dos sujeitos, impondo-lhes desafios no campo do reconhecimento e da possibilidade de serem amados. Contudo, os relatos também evidenciam que o amor – enquanto espaço de acolhimento, escuta e reconhecimento

mútuo – emerge como um fator fundamental de ressignificação do sofrimento, possibilitando que alguns entrevistados encontrem suporte para enfrentar o estigma, lidar com as marcas do diagnóstico e reconstruir vínculos afetivos. Assim, os testemunhos analisados revelam não apenas as dores, mas também os modos singulares de resistência e elaboração, abrindo espaço para refletir sobre os atravessamentos entre masculinidade, amor e estigma na contemporaneidade.

Sobre a questão, o referido entrevistado afirma:

“Sim, o fato de o discurso social produzir um preconceito muito grande, ou seja, tem homens que se submetem está em uma relação nem tanto pelo amor, mas pelo fato do outro aceitar a sua sorologia”.

O trecho evidencia que o peso do discurso social, atravessado pelo preconceito, pode produzir relações marcadas por assimetrias. Nesse contexto, alguns homens acabam por se manter em vínculos não necessariamente sustentados pelo afeto, mas pela necessidade de aceitação da sua condição sorológica. Tal dinâmica revela como o estigma pode restringir a autonomia subjetiva, deslocando o eixo da relação amorosa do desejo e da reciprocidade para a lógica da tolerância e da concessão, o que aprofunda a vulnerabilidade emocional desses sujeitos. Este depoimento evidencia como o estigma pode levar indivíduos a permanecerem em relacionamentos não satisfatórios, motivados pelo medo da rejeição e pela busca por aceitação, mesmo que isso signifique sacrificar o amor genuíno (Ayres & Paiva, 2022).

Sob esse viés, esses depoimentos demonstram que o estigma associado ao HIV continua a influenciar profundamente as experiências subjetivas e relacionais dos indivíduos soropositivos. Autores contemporâneos enfatizam a importância de abordagens que considerem não apenas os aspectos biomédicos, mas também os contextos sociais e emocionais que moldam a vivência do HIV, promovendo uma compreensão mais holística e humanizada da condição (Ayres & Paiva, 2022).

Desse modo, em tais depoimentos evidencia-se que o HIV, mais do que uma condição biomédica, constitui-se como um marcador subjetivo que reorganiza de maneira profunda os modos de amar, desejar e se relacionar. Ainda que os avanços científicos tenham possibilitado uma vida longa e saudável às pessoas que vivem com o vírus, esses homens continuam a se confrontar com os efeitos do olhar social, que, muitas vezes, incide sobre eles de modo inibidor, atravessando seus processos de subjetivação. Tal atravessamento, sustentado por discursos culturais e pela lógica da masculinidade hegemônica, frequentemente atualiza dores e dificulta processos de ressignificação. Nesses contextos, o amor se apresenta permeado por medos,

silêncios, retraimentos e estratégias de sobrevivência afetiva, ao mesmo tempo em que expõe a necessidade de repensar as produções discursivas que constituem esses homens, suas formas de existência e o modo como são percebidos socialmente após a infecção. Assim, torna-se fundamental problematizar a construção social de gênero, sexualidade e afeto, ressaltando a singularidade de cada sujeito diante desse Outro que é a sociedade.

Capítulo 3: O Amor do Outro

Seguindo o objetivo de investigar as implicações amorosas na vida de homens que convivem com HIV, este capítulo será estruturado em dois momentos.

No primeiro, propomos uma construção teórica sobre o amor, promovendo um diálogo com diferentes saberes, destacando sua dimensão constitutiva enquanto movimento discursivo. Abordaremos suas expressões nos movimentos artísticos e literários, bem como seus contornos na poesia dos poetas e na poesia que emerge no divã, seja pela via da fantasia ou do real da vida. Todos nós, de alguma forma, temos algo a dizer ou calar sobre o amor. No campo psicanalítico, o amor constitui um eixo central que permite ao sujeito acessar camadas profundas de sua relação com o inconsciente, já que ele expressa, de forma privilegiada, os enigmas do desejo.

No segundo momento, nos debruçaremos sobre os depoimentos dos homens entrevistados, a partir da seguinte questão: houve mudanças na forma de amar e ser amado após o diagnóstico? Analisaremos como tais manifestações subjetivas se articulam com o encontro desses sujeitos com o amor, considerando os efeitos psíquicos da infecção.

Assim, em meio a tantos silêncios ainda fixos no indizível dos traumas subjetivados pelas experiências de vida, suas respostas fornecem contornos ao real que insiste quando não é escutado. Suas falas revelam lacunas que marcam o processo de infecção pelo HIV e são justamente esses silêncios que, sob a ética do bem-dizer, podem ser transformados. Sim, ainda é possível dizer muito sobre o amor, mesmo quando a vida persiste sob o peso da ausência de desejo.

3.1 O que é possível dizer sobre o amor

O amor segue sendo construído por muitas narrativas discursivas, todavia na psicanálise, implica sempre um encontro com a alteridade nos colocando diante do inefável, do que não tem nome. O outro amado não é um espelho do eu, mas um sujeito próprio, com desejos e limites que escapam ao controle do sujeito. Seguimos com esse pressuposto levando em consideração o laço amoroso dos homens que convivem com o HIV. Lacan (1972-1973/2008), ao retomar Freud, propõe que o amor se subjetive com uma demanda dirigida ao outro na tentativa de ser reconhecido e desejado.

Dado o assunto exposto, pode-se entender que para os homens que vivem com HIV, essa dinâmica se complexifica porque a infecção pode ser vivida como um traço indesejável,

um elemento que ameaça a possibilidade de ser amado como antes. Uma possível referência lacaniana para essa formulação pode ser encontrada no *Seminário 8: A Transferência*, em que Lacan (1960-1961/1992) discute o amor como uma demanda dirigida ao outro, enfatizando que ele se estrutura na falta e no desejo de reconhecimento, nas palavras do autor: “O amor pede amor. Ele não tem outro recurso senão dirigir-se a algo que pode responder-lhe” (p. 153).

Allouch (1998) que trabalha com a noção de amor na psicanálise a partir de uma leitura lacaniana – especialmente no livro *Erótica do Encontro* – propõe que o amor não é simplesmente uma questão de completude ou reconhecimento, mas uma experiência de abertura ao inesperado do outro, como ressalta o autor em: “O amor não é fusão, mas uma abertura para o que do outro permanece inassimilável” (Allouch, 1998, p. 45). Podemos também aqui dialogar com Leader (2017) que analisa como o desejo se sustenta no campo do significante e da alteridade ao sugerir que o amor sempre envolve um risco, pois depende da resposta do outro, que nunca é garantida.

Dessa maneira a relação entre o HIV/Aids e as suas possíveis repercussões nas relações amorosas demarcam um processo de muita complexidade, pois traz à tona a necessidade de uma melhor compreensão por parte do saber científico, como também, possibilitando-nos uma rica investigação pela via do amor na psicanálise, a qual já é destacada em outros campos de saber, como na filosofia, literatura, antropologia e sociologia. Investigação essa, muito presente na epistemologia psicanalítica freudiana fomentando um viés de compreensão do inconsciente, tornando-se grande ferramenta no dispositivo clínico da Psicanálise.

Se faz necessário que o amor possa ser compreendido como um conceito intrafilosófico, há nisso um pedido de abertura que merece ser investigado, quando não banalizado. Todos têm na realidade algo a nos elucidar sobre o amor, a ilusão da eternidade - que proporciona os sofrimentos que engendra e a maneira pela qual podemos esperar domá-los (Freud, 1910).

Dessa maneira o processo de subjetivação no campo do amor, especialmente no que se refere à dor de amar ou ao desamor, frequentemente se torna o ponto de partida para a busca de uma escuta analítica. Isso ocorre porque o amor, com todas as suas vicissitudes, não apenas atravessa a relação com o Outro, mas também revela aspectos fundamentais do sujeito. Falar sobre o amor diante de um analista é, em última instância, falar de si mesmo: das faltas, dos desejos, das projeções e dos impasses que constituem a própria subjetividade.

Assim, o discurso sobre o amor, mesmo que inicialmente orientado para o Outro, inevitavelmente retorna ao sujeito, confrontando-o com sua incompletude, alteridade e com os significantes que estruturam sua história. Nesse sentido, a dor de amar ou a experiência do

desamor não é apenas sofrimento, mas também uma abertura para a construção de novas formas de lidar com o desejo e consigo mesmo (Zuanella, 2024).

Nesse contexto, seguimos numa aposta e uma investigação nas relações amorosas, o qual já é um caminho posto a muito tempo, desde o século XII o amor é celebrado e manifestado no Ocidente, foi neste século que os trovadores começaram a se difundir sobre toda a Europa associando o discurso amoroso a dor, ao sofrimento e ao ideal de felicidade, muitas vezes marcado por um amor impossível (Lobato, 2012). Assim a experiência amorosa é algo que se inscreve nos sujeitos que por vezes causa angústia e incertezas (Nadia, 2012), defende que amar é um acontecimento que não se esquece.

Todavia, na filosofia podemos destacar o mito de Eros conceituado por Platão, o amor Eros teve grande importância nas discussões dos gregos antigos destacando-se, *O banquete*, o qual os grandes pensadores da época se reuniam para beber e discursar sobre o amor, ou seja, uma questão que inquietava os homens desde os primórdios das civilizações.

Neste sentido, os homens reuniram-se para se pronunciar seus discursos sobre o deus Eros, cada um na sua visão teciam uma produção de saber sobre o amor, em que se defendia que esse é o mais útil para a humanidade, cabe ele curar a humanidade na sua própria essência. Destaca-se também, o mito de comediógrafo que transformavam os aborígenes para a natureza humana, corroborando para uma ideia de completude: pois nada se faltava tudo se tinha, todavia certa vez Zeus se enfureceu e mandou cortá-los longitudinalmente separando-os para sempre. Eram seres que tinham quatro pernas e dois braços, então a partir disso os seres buscam desesperadamente pela sua parte perdida marcada pelo Eros (Zirmeman 2010). Platão acrescenta que o deus Eros vive em um estado de necessidade, é uma necessidade um impulso, um desequilíbrio homeostático como a fome e a sede é impossível de erradicar.

Essa visão platônica de Eros simboliza o desejo e a busca pelo belo e pelo bem, mas também pela sabedoria. Eros não possui aquilo que deseja, mas é movido por essa falta, e é por isso que está constantemente em movimento, aspirando ao conhecimento e à transcendência, bem como uma tentativa de completude. Para Platão, o amor erótico é uma forma de ascensão espiritual que começa pelo desejo do corpo físico e evolui até a contemplação do “belo em si”, uma ideia eterna e imutável. Assim, Eros é a força que impulsiona a alma a superar sua condição limitada e a buscar o divino, tornando-se um elemento central na filosofia platônica sobre a natureza do amor e do desejo.

De acordo com Kuss (2022) o processo de fantasia nas relações amorosas é sempre marcado por uma completude fictícia, assim construímos a ideia de que no amor encontraríamos a parte da fantasia que acreditamos que nos falta, ou seja, somos movidos por um ideal de

completude. Porém, quando amamos nossa falta é duplicada. Amar é se haver com a insuficiência do outro, que revela a insuficiência de cada um. Ninguém salva ninguém no campo do amor.

Como aponta Rubem Alves (1997, p.)

[...] quem não pode suportar a dor da separação não está preparado para o amor, porque o amor é algo que não se possui, jamais. É evento de graça. Aparece quando quer, e só nos resta ficar à espera. E, quando ele volta, a alegria volta com ele. E sentimos então que valeu a pena suportar a dor da ausência pela alegria do reencontro.

Em virtude dos conhecimentos abordados os poetas muito tentam a partir da palavra se aproximar do amor, quem sabe como uma tentativa de contorno a esse vazio que nos deparamos, quando percebemos que o amor não é completude, mas sim a falta, é se haver com esse real do que achamos possuir e não possuímos, mas quando se vai leva algo de nós. Amar coloca em cena o desejo relacionado a falta e não ao sexo, neste sentido o amor e o desejo sexual são diferentes, mas não excludentes. Quando se ama, o que está em jogo é a suposição de um ser, riqueza interior no outro (Nadia, 2012).

Além disso, na obra *Em Busca do Tempo Perdido*, Marcel Proust (2008) analisa o amor de maneira profunda e multifacetada, bem como a sua relação com ausência, falta ou solidão em específico no volume *Sodoma e Gomorra*: “*Para quem ama, não será a ausência a mais certa, a mais eficaz, a mais intensa, a mais indestrutível, a mais fiel das presenças?*”

O trecho de Proust revela o paradoxo essencial do amor: a ausência do ser amado pode, muitas vezes, intensificar sua presença na vida do amante. Isso ocorre porque, na ausência, o outro deixa de ser uma realidade tangível, com suas imperfeições e limitações, para se tornar uma construção do desejo e da memória. Em *Sodoma e Gomorra*, Proust (2008) sugere que a ausência alimenta o amor porque ela intensifica a falta, um componente fundamental da experiência amorosa, logo para que o amor tome forma, cor, corpo, gosto e sabor é imprescindível faltar.

Diante disso, a ausência é eficaz, como o autor aponta, porque desloca o amado para o reino do imaginário, onde ele é idealizado e amplificado. Enquanto a convivência pode trazer desencantos e frustrações, a ausência preserva a força do desejo, uma vez que a amante projeta no outro aquilo que ele deseja encontrar. Nesse sentido, a ausência não apenas mantém viva a relação, mas também a intensifica, pois coloca o amor em um estado de constante expectativa e busca.

Da mesma forma, lembramos aqui do que pontua Suy (2022) que afirma que quem não consegue se haver com sua própria solidão, não suportará apostar, sustentar e sentir o amor, pois não há garantias no ato de amar que nos livre da nossa própria solidão. Essa reflexão nos revela uma dimensão essencial do amor: a necessidade de lidar com a própria solidão como condição para amar verdadeiramente. Amar exige a capacidade de aceitar que o outro nunca será suficiente para preencher completamente nossas faltas ou eliminar nossa condição de incompletude. O amor, ao contrário de oferecer garantias contra a solidão, nos confronta ainda mais com ela, pois expõe nossos desejos, medos e vulnerabilidades.

Nesse sentido, quem não suporta a própria solidão busca no outro uma fusão impossível, transformando o amor em uma tentativa de escapar de si mesmo. Esse movimento gera expectativas irreais, alimentadas pela ilusão de que o outro pode suprir nossas carências e nos resgatar da condição humana de incompletude. Entretanto, como Suy (2022) sugere, o amor não é um antídoto para a solidão, mas uma convivência com ela, em que duas subjetividades se encontram sem jamais se fundirem completamente.

Amar, portanto, é um ato de coragem, pois implica sustentar o desejo sem certezas e aceitar que, mesmo no vínculo mais intenso, somos acompanhados por nossa solidão. Essa aceitação permite que o amor se torne um espaço de liberdade e troca genuína, em vez de uma busca por completude ilusória. Como dizia Lacan (1960-1961/1998, p. 46) “amar é dar o que não se tem a alguém que não é”, ou seja, o amor é a oferta da nossa própria falta, não a negação dela.

A esse respeito Dunker (2024) destaca que o amor, embora possua uma estrutura de base narcísica, adquire uma dimensão distinta quando se articula nas margens do discurso. Por essa razão, historicamente, ele tem sido expresso por meios que ultrapassam a comunicação direta e objetiva, como a poesia, melodias, o romance e outras formas ficcionais, que exploram os desvios e nuances do sentido na linguagem.

Acrescentando-se, como por exemplo, na música *Oceano* de Djavan (1989) em que o amor é descrito por meio de metáforas que transcendem a comunicação literal, convocando imagens poéticas para expressar a profundidade e a complexidade desse sentimento. Ao comparar o ser amado a um rio que deságua no oceano do eu-lírico, a canção explora o amor como uma experiência de fusão e desejo, ao mesmo tempo em que evoca a incompletude e a dor que o acompanham, quem sabe pela falsa ideia de completude marcada pela sua impossibilidade.

Amar é um deserto e seus temores.
Vida que vai na sela dessas dores.
Não sabe voltar, me dá teu calor.
Vem me fazer feliz, porque eu te amo.
Você deságua em mim, e eu, oceano.
E esqueço que amar é quase uma dor.

De certo, Djavan (1989) explora a dualidade entre o desejo de conexão e a inevitável incerteza que acompanha esse sentimento. O eu-lírico busca no outro um refúgio para sua solidão e uma forma de preenchimento, enquanto reconhece que amar também é doloroso quando buscamos essa completude neste outro.

Como também, ao expressar o desejo de que o outro ‘deságue’ no eu-lírico, a música alude à busca constante por completude no amor a tentativa de encontrar no outro aquilo que sentimos faltar em nós mesmos. Entretanto, essa busca é ilusória, como nos ensinou a filosofia, a literatura e a psicanálise, as quais foram citadas acima, pois nenhum outro pode preencher completamente a lacuna de nossa própria incompletude. O trecho “e esqueço que amar é quase uma dor” reforça essa dualidade: o amor pode trazer momentos de felicidade e preenchimento temporário, mas também lembra que a própria experiência de amar nos expõe à falta, à impossibilidade de plena fusão com o outro. Como já nos diz: Manoel de Barros (1993): a riqueza do homem é sua incompletude.

Partindo da ideia de que o ser amado é também aquele que mais nos insatisfaz, pode-se compreender que o desejo, por sua natureza, permanece insatisfeito, manifestando-se no cotidiano do casal como descontentamento com o Outro. Esse Outro, que não é apenas objeto de amor, torna-se também destinatário de queixas, acusações e recriminações, evidenciando a tensão inerente às relações amorosas (Nasio, 2021).

Porquanto, amar nos demanda abrir-se às possibilidades de aposta frente ao destino, sendo a mais sublime de todas as condições humanas, convocando-nos enquanto sujeitos a refletirmos como nossas qualidades humanas são importantes para atingirmos a capacidade de amar, a qual torna-se um desafio, diante de uma cultura consumista e individualista como a nossa (Bauman, 2017), que tem como processo de sempre ofertar o produto para uso imediato, corroborando para o prazer efêmero e a satisfação momentânea, então esses resultados que não exigem ‘sócios prolongados’ ou receitas prontas que servem a todos, garantias de seguro total e devolução.

Contudo, não se há garantias na vida, muito menos no amor, nisso, a jura de aprender a arte de amar vai se tornado uma oferta pífida, enganosa, distante e fugaz, quando fundamentada na nossa que tudo tenta tamponar, como contrapartida, o sentimento desejoso de se constituir a experiência amorosa é atravessada subjetivamente pela maioria das pessoas, que buscam vivenciar tal experiência, por vezes, sem perceber à semelhança que enfrentam nos processos de subjetivação atrelados ao campo descartabilidade que fascina e seduzem exibindo todas as características e que prometem desejos sem ansiedade, esforço sem suor, parcerias sem investimentos, assim apresenta-se com um caminho avesso aquilo que idealizamos como o amor, sem a humildade e coragem o amor tão buscado e idealizado é inatingível (Bauman, 2017).

Nesta perspectiva, amar é tanto fazer movimentar o circuito da escuta quanto ouvir o silêncio na dialética de amar e ser amado. No amor, percebemos a distância e o intervalo entre as voltas da demanda amorosa que expõem nossa vulnerabilidade e nossa pretensão de ser reconhecidos. Essa experiência de abertura e exposição nos transforma profundamente e, por isso, muitos temem amar (Dunker, 2024). No caso de pessoas que vivem com HIV/Aids, essa vulnerabilidade é intensificada, pois a condição de saúde carrega consigo o estigma social, a potencial dependência do outro e o confronto com questões de vida, corpo e mortalidade, bem como uma vulnerabilidade simbólica no sentido de apostar de novo em algo que deixa uma marca de vulnerabilidade para sempre, não só no campo da fantasia.

Este capítulo e os que se seguem (2, 3 e 4) versarão sobre a análise das respostas dadas pelos homens entrevistados. Aqui, em particular, nos debruçaremos sobre o que os homens falam sobre o amar e ser amado após a infecção, bem como os desdobramentos pela ótica do nó borromeano.

3.2 A relação entre o amar e ser amado após infecção

Nesta seção, abordamos o processo de subjetivação das relações amorosas após a experiência da infecção, trazendo os relatos dos participantes da pesquisa com o objetivo de analisar de que maneira a vivência da infecção repercute na construção das relações afetivas e na percepção de si e do outro. Ao trazer as narrativas dos sujeitos, buscamos evidenciar os sentidos atribuídos a essas experiências, suas implicações subjetivas e as estratégias mobilizadas para a (re)construção de vínculos amorosos em um novo contexto existencial. A análise dos depoimentos permite, assim, aprofundar a discussão sobre as transformações emocionais e identitárias implicadas nesse processo.

Como o processo de subjetivação nos depoimentos reflete, em muitos aspectos, a maneira como os sujeitos se reconfiguram na relação amorosa após o diagnóstico de HIV. A partir dos depoimentos dos entrevistados, é possível identificar como a psicanálise pode elucidar a complexidade da construção do desejo, da intimidade e da confiança no contexto da infecção.

Nesse sentido, o relato do Entrevistado 07 expressa de forma clara as tensões vivenciadas:

Amar é algo particular, nem toda concepção de ser amado é amor, após o diagnóstico, como é esse amor? pois amar é cuidar, e não houve cuidado.

Sob o mesmo ponto de vista, a contemporaneidade traz ao amor a marca da precariedade dos laços e das condições que cercam a vida. Na vivência com HIV/Aids, isso se traduz em tensões específicas: o medo de rejeição, a internalização de preconceitos e a gestão de uma narrativa de amor que também é atravessada por desafios de saúde e desigualdades sociais, por vezes, acompanhada de uma quebra de confiança. Além disso, valores relacionados à saúde tornam-se centrais, sendo frequentemente negociados em nome do medo, um afeto que guia escolhas e decisões. No caso de uma pessoa que convive com o vírus, essa racionalização pode levá-la a se questionar sobre sua capacidade de amar ou ser amada, e até sobre o impacto de sua condição na vida de um possível parceiro.

Neste sentido, essa ideia ressoa com a noção de que o amor envolve um pedido ao outro, uma tentativa de ser reconhecido e desejado. No caso da pessoa vivendo com HIV, esse pedido pode ser atravessado por fantasias de rejeição, medo da perda do amor e angústias sobre a própria imagem no desejo do outro. No *Seminário 11: Os Quatro Conceitos Fundamentais da Psicanálise*, Lacan (1964/2008), reforça a alteridade do outro desejante, ao afirmar que o desejo sempre aponta para algo além do sujeito: O desejo do homem é o desejo do Outro” (Lacan, 1985, p. 194). Isso sugere que a pessoa vivendo com HIV pode se angustiar não apenas com sua própria condição, mas com a maneira como o desejo do outro se dirige a ela. Se o amor é sustentado como reconhecimento da alteridade, ele pode permitir que o sujeito não se reduza à sua condição sorológica, mas se repositicione no campo do desejo.

No entanto, o amor é, em sua essência, transform-a-dor. Ele pode ser tanto uma história de como fomos modificados por alguém quanto de como essas experiências nos reconfiguraram junto ao outro e ao mundo (Dunker, 2024). Para pessoas que convivem com HIV/Aids, o amor pode ser um espaço de superação de estigmas, de ressignificação da própria condição e de construção de vínculos baseados em reconhecimento mútuo e aceitação.

Igualmente, considerar que o encontro com o amor pode ser pensado como um semblante, uma construção simbólica que se oferece como uma via de abordagem ao real. Segundo Caldas o amor aparece como um recurso para lidar com o impossível de dizer, aquilo que o real apresenta como ruptura ou excesso. Lacan (1958) no *Seminário V*, nos ensina que o semblante não tem a função de simplesmente encobrir, mas opera como uma borda, delineando os limites em que o sujeito pode avançar, guiado pela trama significativa, em direção ao real e ao seu gozo. Nessa perspectiva, o amor se orienta ao real, ao mesmo tempo em que tenta simbolizá-lo. No entanto, seria possível pensarmos, que o real, em sua opacidade e contingência, também se dirige ao amor, como uma resposta ou uma convocação para reinscrição no campo do desejo.

Sob esse viés, diante dos depoimentos analisados dos entrevistados 02, 04, 06 e 07 foi possível identificar duas reações distintas entre os sujeitos entrevistados. Por um lado, os avanços da ciência, especialmente no que se refere à eficácia da terapia antirretroviral e à ampliação da assistência em saúde, contribuíram para que alguns homens passassem a encarar sua condição sorológica de forma menos catastrófica. No que diz respeito à aposta no laço amoroso, observa-se maior tranquilidade quando o parceiro também vive com o vírus como no caso do Entrevistado 02 tornando-se, assim, uma fonte de apoio e compreensão mútua. Mesmo nas relações sorodiferentes, em que apenas um dos parceiros vive com HIV, os depoimentos do Entrevistado 03 indicam que o uso regular da medicação e a manutenção da carga viral indetectável oferecem segurança e possibilitam a construção de vínculos afetivos mais estáveis. Nesses casos, nota-se uma maior abertura para o estabelecimento de relações amorosas, marcadas pelo acolhimento, pela confiança e pela possibilidade real de viver o amor após o diagnóstico.

Por outro lado, houve participantes como os Entrevistados 06, 07 e 08 cujas experiências foram fortemente impactadas pelo vírus, sobretudo em sua dimensão simbólica e afetiva, gerando retraimento e sentimento de revolta, especialmente quando a infecção ocorreu por meio de uma traição. Nesses casos, o medo da rejeição se somava à dificuldade de investir na formação de novos laços: como seguir acreditando no outro quando, no momento do enamoramento, este buscou um terceiro? Esse encontro, marcado pela quebra da confiança, desaguou em uma marca indelével no corpo. Os sujeitos relataram sentimentos de raiva, frustração, desapontamento e profunda desilusão, que, por vezes, levaram à inibição do desejo amoroso e à evitação de relações íntimas.

Partindo desse pressuposto, identificamos nas respostas dos Entrevistados 2, 3 e 4 um ponto em comum. Suas falas convergem no sentido de que o diagnóstico, apesar de seus efeitos

narcísicos e objetivos, não teve um efeito de interdição no campo do investimento libidinal em relação ao amor. Pelo contrário, contribuiu para a construção da intimidade do casal, funcionando como um ponto de encontro que tornou a parceria amorosa possível. Assim, o amor se apresentou como uma via de simbolização e de reestruturação do significante infecção.

De acordo com o entrevistado 2:

“Foi possível, o primeiro recebeu o diagnóstico junto comigo e o segundo já convivía também antes de se relacionar comigo. No meu caso, eu fico mais tranquilo, pois estou em uma relação onde somos pessoas que vivem com o vírus”.

Esse discurso evidencia que o compartilhamento da mesma condição sorológica pode, em alguns casos, funcionar como um fator de alívio diante das angústias associadas ao diagnóstico, especialmente no que se refere à aceitação do outro e à decisão de manter ou não a relação após a revelação da sorologia. Ao estar em uma relação em que ambos vivem com o HIV, o participante aponta para uma experiência afetiva menos atravessada pelo medo da rejeição, favorecendo a construção de um espaço de maior intimidade e acolhimento mútuo. Essa dinâmica possibilita uma vivência amorosa mais segura e próxima, demonstrando que o amor, quando sustentado pelo reconhecimento recíproco, pode atenuar os efeitos do estigma social e abrir caminhos para novas formas de elaboração subjetiva frente à soropositividade. Nesse sentido, o vínculo amoroso não apenas resiste ao impacto do vírus, mas também se constitui como um recurso fundamental para a reconstrução egóica e a ressignificação da própria condição de viver com HIV, permitindo que esses homens, apesar das incertezas geradas pelo diagnóstico, mantenham a capacidade de sonhar, investir no amor e seguir na construção de seus projetos de vida e familiares.

Dunker (2024), em *A Arte de Amar*, propõe pensar o amor como um dispositivo de transformação subjetiva, ou seja, um encontro que reorganiza o modo como o sujeito se percebe e se afeta. Nesse sentido, o amor não se reduz a um estado emocional idealizado, mas envolve a negociação da alteridade, o acolhimento da falta, e o reconhecimento das marcas que constituem o outro, algo que está para além da sorologia.

Sendo assim, no caso relatado, a partilha da soropositividade parece estabelecer um solo comum, em que o amor pode se sustentar não ‘apesar’ da condição, mas com ela. Em vez de ocultar ou recalcar a marca do diagnóstico, o sujeito se vê em uma relação em que essa marca pode ser ressignificada. Isso pode ser lido como uma forma de elaborar o que Dunker (2024) chama de amor trágico, não no sentido de uma história de sofrimento inevitável, mas como uma travessia que envolve perdas, marcas e reinvenção subjetiva.

Já o Entrevistado 03, relata:

“Quando fui diagnosticado, eu estava com o primeiro parceiro, já morávamos juntos. Apesar de que foi terrível o diagnóstico, mas a minha transmissão de HIV foi por uma cirurgia, não foi por uma relação por fora. Então, nosso amor foi preservado não houve um abalo por isso”.

Então, o relato evidencia que a experiência do diagnóstico, mesmo marcada pelo impacto inicial e pelo sofrimento associado à descoberta do HIV, pode ser atravessada por dimensões de proteção afetiva e preservação dos vínculos demarcando a singularidade que cada sujeito terá com o processo de subjetivação, frente a infecção. No caso do participante, a infecção ocorreu em decorrência de um procedimento cirúrgico, e não por meio de uma relação extraconjugal, o que contribuiu para que o vínculo amoroso com o parceiro permanecesse intacto. Essa situação ressalta que, quando o diagnóstico não é interpretado socialmente como resultado de traição, o impacto sobre a confiança e a intimidade no relacionamento pode ser significativamente atenuado. Assim, o amor compartilhado funciona como fator de resiliência, permitindo que a relação continue a se desenvolver mesmo diante das adversidades impostas pelo desdobramento da infecção, onde o sentimento de amor se sobrepõe. Logo, fala do Entrevistado revela mais uma experiência singular em que o diagnóstico sorológico, embora traumático, não comprometeu o laço amoroso, mas fortaleceu sua experiência com o amor.

Visto que, à luz do *Seminário XX*, podemos pensar que o amor, aqui, opera como suplência para a não-relação sexual, ou seja, para o desencontro estrutural entre os sexos. Lacan (1972-1973/2008) afirma: o amor é dar o que não se tem, a alguém que não o quer; nesse caso, o amor sustenta o laço apesar da irrupção do real, ou seja, o momento do diagnóstico, funcionando como uma forma de atravessar o impossível.

Além disso, podemos considerar que, ao enfatizar que a origem da infecção não foi pela via de uma traição, então o sujeito protege o amor de ser atravessado pela lógica da culpa, assim ele escapa da dimensão do gozo mortífero ligado ao supereu e à repetição da cena traumática, e se mantém numa posição em que o amor ainda é possível como laço simbólico. Analisamos então a partir das falas e da articulação com o referencial teórico mobilizado acima que os processos de subjetivação diante do amor, seja ele na sua preservação tem relação importante na maneira como o real foi interpretado, acolhido e simbolizado dentro da relação.

O Entrevistado 04 narra o seguinte:

“Eu tinha uma cabeça muito preconceituosa, me parece que era uma questão mais minha do que deles. Um tomava PreP e parece que a gente se esquecia. Já o outro após

um ano do término nos reencontramos, ele me falou que tinha se infectado, não comigo, mas saber disso me deixou mais ligado a ele. Já me senti inseguro, diante do outro por conta disso”.

Nesta perspectiva, o reencontro com o ex-parceiro, agora homem que convive com o HIV, reatualiza esse real e o efeito disso é ambivalente. O laço amoroso se reativa não apesar da sorologia, mas talvez justamente por ela, como se o saber da infecção introduzisse um novo modo de se ligar ao outro. Essa ligação pode ser lida como uma identificação com a marca do outro, não por uma culpa direta, mas pela partilha de uma condição que agora os aproxima.

Aqui, o entrevistado parece vivenciar um processo de subjetivação compartilhada, onde a experiência de viver com o HIV transforma a relação amorosa em um espaço de compreensão mútua e aceitação. Neste contexto, ele reconhece ter mantido uma postura preconceituosa, que se configurava mais como uma questão pessoal do que refletia atitudes dos parceiros, o qual nos faz pensar a subjetivação das masculinidades dentro da homossexualidade, sob a luz da masculinidade hegemônica, como ainda se repercute seus efeitos, enquanto traço para identidade masculina, seja consciente ou de modo inconsciente. Como a utilização de PrEP por um deles amenizava a percepção de risco, ainda que nem sempre de maneira plena. A reaproximação com outro parceiro, após um ano do término, trouxe à tona sentimentos de proximidade e afetividade, mesmo ao saber que ele havia se infectado – embora não pelo ele.

A articulação do diagnóstico entre ambos os parceiros (e a aceitação da condição) pode ser pensada à luz das ideias de J. Lacan (1964/2008) sobre o sujeito dividido, em que o reconhecimento da falha e da vulnerabilidade cria um tipo de vínculo: uma comunhão da falta.

O mesmo Entrevistado defende que:

[...] Era uma possibilidade que já me preocupava, tipo: será que vou me relacionar? Quando eu percebo que eu quero alguma coisa a mais ou quando o sentimento é mais forte, eu já conto sobre minha sorologia, bem como a gente só vai transar depois que ele souber e quando ele sabe me parece que construímos outro nível de intimidade.

Dessa forma, é possível realçar certas posições subjetivas marcadas pelo cuidado com o outro como elemento fundamental na manutenção e sustentação de vínculos amorosos. Tais atitudes revelam uma ética relacional em que o afeto e a responsabilidade com o parceiro possibilitam a continuidade da relação mesmo diante do impacto do diagnóstico. Assim, compreende-se que a maneira de lidar com os efeitos psíquicos da soropositividade será singular para cada homem, especialmente no que diz respeito às implicações amorosas. No caso

de três participantes, por exemplo, o amor se estrutura como espaço de escuta e reconhecimento recíproco, onde não é necessário esconder ou recalcar o real do vírus corroborando para um encontro com a vida mais leve.

Entretando, percebe-se que esse processo não é isento de dificuldades, para alguns homens é um ponto de encontro, para outros rompimento. Nesse sentido, vamos nos debruçar sobre as experiências pela via do desencontro, recuo ou impossibilidade de amar e ser amado. O silêncio que o amor demanda, muitas vezes, reflete a impossibilidade de falar sobre certos temas: a frustração, o fracasso, o medo do futuro e as questões impostas por uma condição crônica, bem como o lugar simbólico que parte a infecção. Esse silêncio também se encontra com o da sociedade, que, frequentemente, evita discutir os desafios enfrentados por pessoas que vivem com HIV/Aids em suas relações afetivas. Amar, nesse contexto, é lidar com a quebra de ideais e enfrentar o estigma que ainda persiste.

Em face dos dados que foram descritos é necessário a discussão sobre a dialética entre amor e desejo, pensamos que, talvez, alguns homens que convivem com HIV/Aids e estão afetados pelos rompimentos subjetivos provindos do diagnóstico frequentemente lidem com a desconexão entre esses elementos. Isso nos faz refletir sobre como se articula essa relação após a infecção: o sentimento de amor se mantém ou não? De que modo se reinveste em novos objetos? E o desejo pode ser fragilizado pela culpa, pelo medo, pelo preconceito internalizado ou pelos seus excessos, riscos ou repetições. Nos perguntamos quais são as formas de gozo às quais esses homens respondem subjetivamente após a infecção e o que se produz no campo do amor e do desejo.

De acordo com Nasio (2021), em um contexto de expectativas amorosas, surge a pergunta sobre se o parceiro amado pode realmente satisfazer todos os desejos. Há uma ilusão comum, parcialmente verificada, de que ele oferece mais do que priva. No entanto, o parceiro, sendo o objeto do nosso amor, frequentemente causa insatisfação porque, enquanto incita o desejo, não consegue nos completar totalmente. Mesmo que ele queira satisfazer plenamente, ele não tem os meios para isso, e, devido à sua natureza neurótica, ele também não deseja fazê-lo. Assim, ele se torna uma figura que excita o desejo e, ao mesmo tempo, só oferece uma satisfação parcial. Essa dinâmica gera uma sensação constante de insatisfação, pois o parceiro sabe como excitar e proporcionar um gozo parcial, sem nunca completar totalmente o desejo.

De acordo com Dunker, o amor situa-se entre o desejo e o gozo, funcionando como uma ponte entre essas duas dimensões. Como o desejo, ele não segue a lógica do reconhecimento ou da negatividade, mas, como o gozo, está ligado à repetição do objeto. As diferentes opiniões sobre a relação entre sexo e intimidade seja vendo o sexo como caminho para criar intimidade

ou a paixão como algo indispensável desde o início mostram como a dinâmica do gozo é pouco negociável entre os seres humanos.

Dunker (2024) defende que o amor se situa entre o desejo e o gozo, funcionando como uma ponte entre essas duas dimensões. Como o desejo, ele não segue a lógica do reconhecimento ou da negatividade, mas, como o gozo, está ligado à repetição do objeto. As diferentes opiniões sobre a relação entre sexo e intimidade seja vendo o sexo como caminho para criar intimidade ou a paixão como algo indispensável desde o início mostram como a dinâmica do gozo é pouco negociável entre os seres humanos.

Levando em conta o que foi analisado encontramos nas respostas dos entrevistados a seguir um ponto em comum em todas elas, uma maior sensibilidade para se haver com o laço amoroso no que tange as mudanças entre amar e ser amado, após a infecção, bem como suas respostas marcadas por silêncios, pausas e algumas inibições.

Nos relatos dos entrevistados 05 e 06, observamos um posicionamento ambivalente e de insegurança diante da experiência amorosa. O Entrevistado 05 expressa uma dúvida que paralisa, bem com mesmo aceitando participar se mostrou desconfortável inicialmente, sua fala foi marcada por muitas pausas:

“Não tenho como te responder, pois ainda estamos se conhecendo, mas eu queria [silêncio]”.

Logo, a partir desses resultados, percebe-se que o silêncio presente nesse fragmento pode ser entendido como uma forma de enunciação do inconsciente, revelando mais do que as próprias palavras poderiam nomear. A suspensão da fala várias vezes durante sua resposta marca o ponto em que o sujeito se depara com o real do diagnóstico e com a angústia que este mobiliza, sobretudo diante da possibilidade de amar e ser amado. Nesse sentido, o silêncio não é ausência, mas presença de um excesso impossível de se nomear naquele momento. Ele aponta para o conflito entre o desejo de investir em um laço amoroso e o temor da rejeição, que se enraíza tanto nas marcas do estigma social quanto na internalização desse olhar depreciativo. Assim, a pausa no discurso evidencia a dificuldade de subjetivar a experiência, funcionando como defesa frente ao risco de tocar em uma ferida ainda aberta e, ao mesmo tempo, como vestígio de um desejo que insiste em se enunciar.

Em consequência disso, podemos afirmar demanda de amor está ali, mas o sujeito parece interdito de consentir a essa aposta, travado pela falta de garantias e pela opacidade do desejo do outro. A questão amorosa aqui se enlaça com a dimensão do saber como ‘saber do

amor’ o que remete à impossibilidade estrutural de alcançar uma certeza sobre o desejo do Outro.

O Entrevistado 06 diz:

“Eu tenho muito medo, fico inseguro, pois foi nessa relação que me infectei, eu fiquei marcado e ele não” [...] “medo dele me deixar, pois eu fui infectado e ele continuou comigo”.

Ainda convém analisar que o relato evidencia a marca subjetiva deixada pela forma como ocorreu a infecção, atravessada pela experiência amorosa. A infecção pelo vírus se deu em uma situação acordada entre ambos, por meio da inclusão de um terceiro na relação para uma experiência casual; contudo, apenas ele se infectou, enquanto o parceiro permaneceu sem o vírus. Essa assimetria acentua sua sensação de estar “marcado”, instaurando uma diferença difícil de elaborar no vínculo, já que a experiência compartilhada da abertura do casal ao prazer e à experimentação resultou, para ele, em uma consequência dolorosa e desigual. O medo constante de ser abandonado, expresso na frase “fico inseguro, pois foi nessa relação que me infectei, eu fiquei marcado e ele não”, revela como o diagnóstico inscreve uma ferida que atravessa sua forma de amar, gerando sentimentos de vulnerabilidade e ameaça de rejeição.

Neste sentido, ainda que o parceiro tenha optado por permanecer na relação, o sujeito se vê tomado por uma culpa silenciosa, como se carregasse sozinho o peso da infecção, o que intensifica sua insegurança e fragilidade no campo amoroso. Nesse cenário, o amor, ao mesmo tempo em que se apresenta como sustentação e possibilidade de continuidade do laço, é atravessado por angústias e silêncios, que encontram raízes não apenas na vivência concreta da soropositividade, mas também nos efeitos do estigma social que ancora a diferença entre os corpos – aquele que convive com o vírus e aquele que permanece sem ele. Assim, o vínculo amoroso se estrutura em um espaço paradoxal: de um lado, preserva a possibilidade de reconhecimento e apoio, mas, de outro, carrega marcas de dor e desigualdade, exigindo do sujeito um trabalho psíquico constante de elaboração e resignificação da experiência traumática, onde ele não faz, apresentando um choro copioso durante toda a fala.

A relação com o vírus, nesse caso, está intrinsecamente ligada ao medo da exposição e da rejeição, bem como a falta de cuidado do parceiro na aceitação da performance da cena sexual e seus desdobramentos. Esse medo e insegurança indicam uma dificuldade em criar uma relação amorosa plena, em que a vulnerabilidade pode ser compartilhada sem que se sinta como uma ameaça. Esse é um exemplo clássico da tensão entre o real (o HIV como um dado concreto

e incontornável) e o simbólico (como o sujeito constrói a narrativa sobre o que esse vírus representa para ele dentro de uma relação).

Esse depoimento revela-se um entrave marcado por uma experiência traumática seu discurso é marcado por muita resistência e muita preocupação com a preservação da sua identidade: “A infecção pelo HIV surge como um acontecimento real que escapa à simbolização plena e marca o corpo do sujeito. Como Lacan (1964/2008) propõe no Seminário 11, o real é aquilo que retorna sempre ao mesmo lugar, e essa marca que opera como um ponto de fixação que impede a elaboração psíquica da perda e do risco.

Pode-se mencionar, por exemplo, que nos relatos dos Entrevistados 07 e 08, a questão do tempo subjetivo de elaboração do diagnóstico aparece em evidência, revelando que o impacto da notícia não se esgota no momento inicial, mas se desdobra de forma processual e singular. Ambos demonstram que a vivência da convivência com o vírus exige um movimento interno de constante reelaboração, em que os sentidos atribuídos se transformam à medida que novas experiências amorosas e sociais se apresentam levando em consideração de como se subjetiva a performance sexual e a identidade da masculinidade deles. Esse tempo subjetivo não coincide necessariamente com o tempo cronológico; trata-se antes de um percurso psíquico marcado por avanços, recuos, silêncios e reinvenções de si diante do Outro. Nesse contexto, observa-se que, ainda que o diagnóstico represente uma ruptura abrupta na vida, a possibilidade de elaborar e ressignificar essa condição se inscreve de forma distinta em cada sujeito, dependendo de seus recursos psíquicos, da rede de apoio disponível e da maneira como o amor e as relações afetivas se tornam mediadores nesse processo de reconstrução subjetiva.

O Entrevistado 07 afirma que “*ainda não houve [silêncio]*”.

Esses resultados reforçam a hipótese de que, no caso do Entrevistado 07, a breve e contida afirmação de que “ainda não houve” uma nova relação amorosa após a infecção evidencia como o diagnóstico atua como uma barreira subjetiva, reorganizando sua disponibilidade afetiva e moldando a maneira como se relaciona amorosamente. A resposta lacônica e carregada de silêncios revela não apenas a ausência de um novo vínculo, mas também a dificuldade em nomear e elaborar a própria experiência, o que aponta para o peso subjetivo do trauma vivido. O não envolvimento não se apresenta apenas como falta de oportunidade, mas como efeito das feridas emocionais, da desconfiança no outro e do medo de se expor à possibilidade de rejeição. Assim, o tempo subjetivo de elaboração mostra-se suspenso, traduzindo-se em retraimento e inibição, que funcionam como defesas diante da dor e da vulnerabilidade.

Logo, a partir desses resultados, percebe-se que não foi detectada evidência de apontando para um tempo suspenso, talvez de paralisação ou de não simbolização o diagnóstico, nesse caso, permanece como um acontecimento ainda não subjetivado psiquicamente. Podemos seguir pensando que o sujeito está diante de um real que ainda não encontrou uma inscrição possível mantendo-o num tempo que Lacan (1969–1970/2006) chamaria de tempo de compreender, ainda sem alcançar um momento de conclusão.

Já o Entrevistado 8 narra o seguinte:

“Quando eu conheço alguém que me interessa ou tem essa possibilidade, eu tento não me apegar, é complicado até que ponto se pode se confiar para dizer da sorologia, me afasto por medo, mas eu gostaria de viver uma relação amorosa”.

Outra preocupação que ocorre atualmente presente no relato do Entrevistado 8 evidencia de forma contundente a tensão entre o desejo de viver uma relação amorosa e o medo da rejeição vinculada à revelação da sorologia. Ao afirmar que evita se apegar quando surge a possibilidade de um vínculo, ele demonstra como o diagnóstico atravessa diretamente sua forma de se relacionar, instaurando uma dinâmica de retraimento que se sobrepõe ao investimento amoroso. O afastamento preventivo, motivado pela insegurança quanto à aceitação do outro, revela um mecanismo de defesa que protege da dor da exclusão, mas, ao mesmo tempo, o priva da possibilidade de construir novas experiências afetivas.

Nesse sentido, observa-se que o amor permanece como um desejo latente, mas atravessado por barreiras subjetivas e sociais que dificultam sua realização plena. A fala aponta, portanto, para a complexa articulação entre o medo da rejeição, o estigma social e o desejo de amar e ser amado, situando o sujeito em um campo de tensão entre o anseio pela intimidade e a necessidade de autopreservação.

Assim o sujeito se antecipa à possibilidade de laço afetivo com um movimento de retração. Essa tentativa de não se apegar revela a presença de um superego severo, que atua como uma interdição do desejo, especialmente quando esse desejo convoca o sujeito à exposição de sua sorologia, ou seja, este homem se esbarra em um próprio muro criado por si mesmo.

Pode-se mencionar, por exemplo, que encontro com a infecção, frente à possibilidade de amor e ser amado, nesse caso, opera como um ponto de ruptura na economia libidinal: o amor, que antes poderia ser vivido com mais liberdade, passa a ser atravessado por uma série de fantasmas, o da rejeição, da culpa, da revelação, da responsabilidade. O sujeito reconhece: é

complicado até que ponto se pode confiar para dizer da sorologia e, aqui, o verbo confiar se mostra crucial. O amor é colocado em suspensão porque a confiança no Outro é vacilante; o amor exige uma entrega que, nesse cenário, aparece ameaçada.

A consequência subjetiva, frente ao posicionamento desse sujeito é o afastamento: me afasto por medo. O medo, que Lacan (1962-1963/2005) localiza como correlato da angústia quando o sujeito se confronta com o desejo do Outro, aparece aqui como aquilo que impede o sujeito de sustentar o desejo de amar.

Assim, o amor, em sua dimensão simbólica, pode ser uma forma de criar uma ponte com o Outro, mesmo quando o sujeito enfrenta as marcas do corpo e do real que o HIV introduz. Contudo, em relação ao processo de subjetivação em relação ao amor na contemporaneidade parece revelar cada dia mais a precariedade simbólica em relação ao amor, levando em consideração a infecção que advém de uma relação por traição tende a potencializar a cristalização do *amuro* enquanto uma defesa diante do laço amoroso.

Lacan (1960-1961/1992) introduz o conceito de *amuro* no *Seminário 8: A Transferência*, ao articular o amor com a ideia de um “muro” que protege e, ao mesmo tempo, separa o sujeito do Outro. O *amuro* é uma barreira construída no registro imaginário, que funciona como uma defesa contra a invasão do desejo do Outro ou contra a angústia da castração. No caso do HIV percebemos que existem barreiras na relação com o Outro: o sujeito pode erguer um muro simbólico ou imaginário, isolando-se do laço social e amoroso por medo de ser rejeitado ou estigmatizado ou pela própria identificação com o traumático ou fazendo em repetição. Bem como, nos faz problematizar essa resposta a invasão do Outro, quando já se está invadido pelo vírus que não tem cura. Sendo assim, esse isolamento pode ser vivido como uma tentativa de proteção contra a vulnerabilidade trazida pela doença, mas ao custo de afastar o sujeito do campo do desejo.

Desse modo, ao pensarmos o conceito de *amuro* em articulação com as vivências dos participantes, percebemos que a barreira erguida diante do Outro não se limita apenas a uma defesa contra o desejo ou contra a castração, mas também se manifesta como resposta ao estigma e às marcas subjetivas deixadas pelo diagnóstico. O HIV, inscrito na experiência singular de cada sujeito, pode intensificar a construção desses muros, que oscilam entre a proteção e o aprisionamento, revelando tanto a necessidade de se resguardar da dor quanto o risco de permanecer isolado das possibilidades de laço amoroso. Assim, o amor aparece como um lugar paradoxal: ao mesmo tempo em que pode ser ameaçado pelo medo e pela rejeição, também se apresenta como potência de atravessamento desses muros, ao instaurar a chance de reconhecimento e de elaboração subjetiva frente a convivência para com o vírus.

Para o Entrevistado 07:

“Sim, eu confiei, você quando está se relacionando você confia e foi nesse confiar que infelizmente aconteceu. Amar é algo particular, nem toda concepção de ser amado é amor, após o diagnóstico, como é esse amor? pois amar é cuidar, e não houve cuidado”.

Esse resultado reforça a hipótese de que a experiência da confiança quebrada e a falta de cuidado é um impacto profundo resultando em grandes danos sobre a percepção do amor após o diagnóstico. Ao destacar que “amar é cuidar” e que, nesse contexto, não houve cuidado, o participante sinaliza a diferença entre o afeto idealizado e a experiência concreta da vulnerabilidade diante da parceira. Nesta perspectiva, destaca-se com maior relevância a ruptura da confiança e da vivência de ter sido exposto ao risco sem consentimento uma experiência que revela a ausência de cuidado do outro. Essa falta de cuidado se manifesta na negligência com a saúde do parceiro, no silenciamento sobre práticas de risco e, em muitos casos, na traição, que imprime no corpo do sujeito uma marca permanente. O diagnóstico do HIV não apenas transforma a dinâmica relacional, mas também tensiona a própria concepção de amor, tornando visíveis as lacunas entre expectativa e realidade afetiva, bem como a forma de cuidado do outro direcionado a si. Nesse sentido, a confiança depositada no outro, que é fundamental para a construção de vínculos íntimos, torna-se fonte de dor quando é transgredida, evidenciando como a experiência da traição ou o não cuidado interfere diretamente na elaboração subjetiva do amor.

Ao contrário do que muitos pensam, diversos homens homossexuais se subjetivam segundo a lógica da masculinidade hegemônica, o que contribui para a repetição de determinados comportamentos de risco, traições etc. Nesse contexto, a quebra de confiança e falta de cuidado adquire camadas adicionais de significado, uma vez que os padrões sociais associam virilidade a controle, invulnerabilidade e à capacidade de proteger a si e ao outro. A percepção de falha ou fragilidade – seja por ter sido infectado ou por sentir-se vulnerável diante do parceiro – tensiona a identidade masculina construída a partir desses ideais normativos, evidenciando o impacto do estigma e das expectativas sociais na experiência subjetiva do indivíduo.

Dessa forma, o diagnóstico do HIV, somado à experiência da traição ou da negligência afetiva, não apenas mobiliza sofrimento emocional, mas também desafia os sujeitos a revisitar e reelaborar sua própria concepção de masculinidade, confrontando-se com a necessidade de redefinir o que significa ser homem em termos de vulnerabilidade, cuidado e afetividade dentro de uma relação amorosa.

Essa narrativa expressa, de forma contundente, o impacto subjetivo não apenas do diagnóstico, mas o seu desdobramento que inicialmente atravessado por uma vivência de desespero, o relato evolui para um processo ambivalente de adaptação, mas ainda permeado por muita dor e ressentimento fazendo com que esse homem vivencie e a dor de amar. O sujeito descreve uma queda, uma sensação de paralisia e a percepção de um fim absoluto elementos que remetem à desorganização do *Eu* diante do real da doença e da violência e de ter sido ferido por quem se esperava proteção.

Násio (1997) aponta que o diagnóstico de uma doença grave, como o HIV, opera como um corte narcísico profundo, rompendo com a ilusão de completude e confrontando o sujeito com os limites da onipotência do eu. No entanto, o que os relatos dos participantes revelam é que, muitas vezes, o sofrimento advindo do diagnóstico não se restringe ao impacto da notícia em si, mas ao que ela faz emergir: histórias de traição, vivências de abandono, negligência afetiva e uma sensação de ter sido exposto por quem se esperava cuidado e proteção. O HIV, nesse sentido, funciona como um significante que condensa múltiplas camadas de dor, funcionando como um disparador de memórias, afetos e falhas de sustentação narcísica já previamente inscritas. A dor de amar aqui ultrapassa a fratura do vínculo com o outro e alcança a relação com o próprio eu, abalando o ideal do *Eu* (Freud, 1914) e precipitando o sujeito diante de um corpo que se revela vulnerável e falho. Quando atravessada por experiências de desamparo, engano e desconfiança, ela se transforma em uma ferida narcísica que ultrapassa o adoecimento físico e convoca uma reelaboração do lugar do sujeito diante do amor, do desejo e da alteridade.

Dessa forma, a análise do relato evidencia que o impacto do HIV na experiência afetiva e subjetiva não se limita à dimensão biológica da doença, mas se articula profundamente com questões de confiança, traição e vulnerabilidade emocional. O diagnóstico atua como catalisador de memórias e sentimentos preexistentes, expondo fragilidades e tensionando identidades construídas sob os imperativos da masculinidade hegemônica. Nesse cenário, o amor e o cuidado, que deveriam funcionar como mecanismos de proteção e sustento emocional, tornam-se campos de conflito, em que a dor, a traição, o medo da rejeição e o estigma social se entrelaçam.

Diz o Entrevistado 08:

“É complicado, alguém aceitar, ainda não me sinto à vontade para me expor, até porque, eu não sou obrigado a falar a ninguém, pois eu sei das minhas responsabilidades para com o outro”.

Ainda convém analisar que o relato evidencia a tensão entre o desejo de intimidade e a necessidade de autoproteção, marcando uma postura de cautela diante da exposição da própria sorologia. Ao afirmar que “não sou obrigado a falar a ninguém”, o participante evidencia a construção de limites como estratégia de cuidado consigo mesmo e com o outro, assumindo responsabilidade ética em suas relações. Simultaneamente, a hesitação em se expor revela a presença do medo da rejeição e do estigma social, mostrando como a experiência do HIV mobiliza mecanismos defensivos e a preservação da integridade psíquica. Nesse sentido, a fala aponta para uma elaboração delicada da confiança: o sujeito reconhece a importância da responsabilidade afetiva e sexual, mas ainda se mantém inibido frente à vulnerabilidade que a revelação poderia trazer, o que evidencia a complexidade do vínculo entre autonomia, ética e desejo de conexão amorosa no contexto da soropositividade.

Além disso a preocupação com o julgamento do outro e o cuidado em como essa revelação será recebida evidenciam o conflito entre o desejo de pertencimento e a necessidade de autoproteção. Quando afirma: “não sou obrigado a falar”, o sujeito inscreve-se em um ponto de autoautorização ele delimita um espaço de não exposição, preservando-se do olhar do outro que pode ser vivenciado como ameaçador. Trata-se de uma posição subjetiva que revela a dificuldade de se reconhecer e de se entregar ao outro sem o risco de perder a própria identidade ou ser excluído da relação amorosa.

Capítulo 4: Amor de si mesmo: O Eu e os seus rearranjos narcísicos e objetivos, após infecção

“São a fome e o amor que movem o mundo” (1930/1996, p. 121).

Schiller, poeta e filósofo, citado por Freud.

Seguindo nosso percurso de compreensão sobre o tema, este capítulo será estruturado em três momentos. No primeiro, propomos uma construção teórica com base nas contribuições de Freud, articulando-as com os possíveis efeitos psíquicos da infecção pelo HIV com a importante contribuição dos discursos dos homens entrevistados. Logo, abordaremos os impactos na estrutura egóica (Eu), com o objetivo de compreender de forma mais aprofundada as reações e efeitos subjetivos frente à infecção, sobretudo em relação aos desdobramentos no narcisismo de cada homem que convive com o vírus, tanto na relação consigo mesmo quanto com o outro. Discutiremos, ainda, as alterações na economia libidinal após o diagnóstico, considerando a subjetivação da perda do objeto de amor, que não se limita ao parceiro, mas alcança também a autoimagem narcísica do sujeito.

No segundo momento, abordaremos os caminhos da pulsão frente ao diagnóstico, analisando como a irrupção do real da infecção convoca o sujeito a reorganizar seu circuito pulsional, muitas vezes produzindo manifestações de angústia, recusa ou retraimento do desejo. A pulsão, enquanto vetor que contorna a falta e retorna ao sujeito de maneira insistente, nos permitirá pensar os modos como esses homens elaboram, ou não o impacto subjetivo do vírus.

Buscaremos compreender de que maneira certos modos de gozar se cristalizam diante do trauma da infecção, impedindo ou dificultando a abertura a novas experiências amorosas. Trata-se aqui de investigar se o sujeito permanece fixado à cena traumática ou se há alguma possibilidade de deslocamento, criação e reinvenção do laço, mesmo na presença de marcas simbólicas difíceis de simbolizar.

4.1 Impactos narcísicos no Eu: reações e sentimentos, após a infecção

O saber fazer clínico da nossa época muito tem nos convocados a pensar sobre a masculinidade e suas nuances, umas delas é o caso dos homens que são infectados, então como dá-se os novos investimentos libidinais acerca do objeto, quando em voga o próprio objeto inicialmente com o diagnóstico marca um ponto de degradação narcísica. Neste sentido, nos

debruçamos sobre o processo de subjetivação do modelo narcísico e da relação de objeto para podermos lançar luzes sobre essas novas demandas que incidem nas suas relações amorosas.

Então, diante da perspectiva do tratamento psicanalítico, temos diversas formas de investigação da vida amorosa, desde os poetas fazendo uso da licença poética para fomentar as condições amorosas para quais os homens vivenciam sua escolha de objetos, os quais conciliam as demandas de sua fantasia com a realidade (Freud, 1910).

De acordo com Miller (2010) quando Freud se refere a escolha do objeto é a escolha do objeto de amor, sendo assim é $i(a)$, se elucida como a imagem de outro ser humano, pois para se falar de amor é imprescindível que a função a seja velada pela imagem, a imagem de outro ser humano. Deste modo, pensamos quais os efeitos na escolha dos objetos nos homens, após o diagnóstico. Então propomos uma articulação com outras áreas a fim de possibilitar um diálogo possível para melhor compreensão desses desdobramentos.

O amor é positivado sob um dispositivo de fruição, demandando uma sensação agradável, não sendo uma ação, narração nem um drama, mais uma emoção investida de excitação como pontua Chul Han (2017). Logo, esse tipo investimento diz respeito à libido em função do objeto. Podemos aqui também dialogar com Miller, ao fazer uma releitura freudiana, o tipo particular da escolha de objeto nos homens, ele não generaliza um objeto para todos, mas um particular de acordo com a singularidade de cada sujeito, nos fazendo compreender que esses objetos são substituíveis, ou seja, passíveis de sublimação.

Para avançarmos nas questões relacionadas às escolhas de objeto, é necessário considerar os efeitos da infecção na esfera narcísica, à luz da teoria freudiana. Para melhor compreendermos esse processo iniciaremos nossa explanação sobre o conceito de narcisismo e seus desdobramentos no decorrer da epistemologia freudiana em diálogo como os depoimentos dos homens entrevistados. Bem como, quais as ressonâncias na constituição egóica e como tais manifestações das subjetividades contemporâneas, a partir da infecção podem ser compreendidas através dele.

Para Freud (1912), para se compreender a noção de narcisismo, algumas vias são possíveis para essa investigação, e uma delas é a vida amorosa dos sexos, a qual estamos a nos debruçar sobre. Bem como, as alterações que esse processo subjetivo pode apresentar a partir da reação acerca do diagnóstico, levando em consideração suas saídas, fixações e não elaborações, diante o laço amoroso. O narcisismo postulado por Naccke é a forma pela qual o sujeito trata seu próprio corpo com se este fosse o de um objeto sexual, ou seja, a partir da relação com o próprio corpo chega-se à satisfação sexual.

O amor de si, na perspectiva psicanalítica, pode ser entendido como um conceito articulado com a constituição do sujeito e sua relação com o desejo e o narcisismo. Freud (1912) aborda essa questão principalmente por meio do narcisismo primário e do narcisismo secundário, que nos ajudam a compreender como o sujeito estabelece uma relação consigo mesmo e com os outros. Freud (1912) define o narcisismo como um estado em que a libido está voltada para o próprio eu. No narcisismo primário, presente no início da vida, a criança vive em uma posição de completude imaginária, onde o “amor de si” é pleno e autossuficiente. Essa fase, entretanto, é transitória, pois o sujeito é introduzido na ordem simbólica, marcada pela castração e pela renúncia à ideia de onipotência.

No narcisismo secundário, uma parte da libido que antes era investida nos objetos externos retorna ao eu. É nesse momento que o amor de si pode ser vivido de forma mais consciente, mas também está em constante tensão com as exigências do Outro e da realidade.

Lacan (1964/2008), em *Os Quatro Conceitos Fundamentais da Psicanálise*, discute o real como aquilo que escapa à simbolização e retorna como um trauma. Uma doença crônica, especialmente uma que afeta o corpo de maneira visível ou intrusiva. O real da doença desmonta as tentativas de o sujeito sustentar a ilusão de onipotência e perfeição narcísica, forçando-o a confrontar a castração não apenas como limite simbólico, mas como uma verdade que se inscreve no corpo. Partindo dessa afirmação gostaríamos de recorrer aos depoimentos acerca das reações e sentimentos diante da infecção, não só levando em consideração a particularidade da descoberta para cada sujeito, mas também a questão de ser uma patologia incurável:

Para o Entrevistado 06:

“Desespero, pois a gente pensa que nunca vai acontecer com a gente, primeiro é aquele monstro e depois fui aprendendo a manter a calma e seguir, mas às vezes bate”. “Eu sentia que eu ia morrer, foi uma queda, terminei desenvolvendo uma depressão, eu sentia uma queda, paralisia, o fim de tudo e uma tristeza, mas tem que seguir né?”

Neste eixo se evidencia a intensidade do impacto emocional causado pelo diagnóstico do HIV, marcado por sentimentos de desespero, medo e sensação de fim, que se traduzem em manifestações depressivas e paralisia subjetiva que remetem a uma desorganização do *Eu* frente ao real do diagnóstico. Ao dizer que “às vezes bate”, o sujeito revela que essas emoções não desaparecem completamente, mas reaparecem de forma intermitente, evidenciando a natureza cíclica e contínua do sofrimento frente o trauma experienciado, onde a falta de palavras corrobora para a cristalização. Essa recorrência emocional sugere que o vírus funciona como um disparador permanente de fragilidades subjetivas e memórias de impotência, confrontando

o sujeito com limites previamente recalcados e tensionando sua identidade masculina, muitas vezes idealizada sob os preceitos da masculinidade hegemônica.

Pode-se mencionar, por exemplo, que a expressão “mas tem que seguir, né” revela uma tentativa de retomada da agência e de enfrentamento diante da situação adversa, funcionando como um marcador de resiliência subjetiva. Mesmo diante do choque inicial, do desespero e da dor emocional provocados pelo diagnóstico, o sujeito manifesta uma consciência da necessidade de continuar a vida, sinalizando um esforço de adaptação e de reorganização da própria existência. Essa fala evidencia a coexistência entre vulnerabilidade e resistência, mostrando que, apesar do impacto profundo do diagnóstico, emerge uma determinação de seguir adiante, reafirmando o vínculo com a própria vida e a capacidade de buscar formas de reconstrução emocional e afetiva.

Dessa forma, a experiência do diagnóstico se configura como um processo dinâmico, em que dor, vulnerabilidade e tristeza coexistem com resiliência, reorganização da subjetividade e tentativas de ressignificação do amor, da confiança e da própria identidade, efeitos esses que impactam diretamente a estrutura egóica desses homens, bem como o seu próprio narcisismo.

Freud (1912) aborda como as doenças crônicas ou debilitantes afetam o narcisismo. Ele observa que, nessas condições, ocorre uma retração da libido investida nos objetos externos e um retorno dela para o próprio eu. No entanto, essa retirada da libido não fortalece o *Eu* de maneira saudável; pelo contrário, pode produzir um ataque direto aos ideais do *Eu* e à ilusão de onipotência que sustentam a perfeição narcísica. Freud (1912) sugere que, ao se deparar com a fragilidade do corpo em situações de doença, o sujeito sofre um abalo na autoestima, pois o corpo, anteriormente idealizado como fonte de força e completude, torna-se um lugar de vulnerabilidade.

Neste sentido, a experiência de modo singular que cada sujeito terá com o vírus, desorganiza o equilíbrio entre o investimento narcísico no *Eu* e o investimento nos objetos externos, frequentemente intensificando o conflito entre o *Eu* ideal – a imagem idealizada que o sujeito projeta para si mesmo – e a realidade imposta pela condição vivida naquele momento. Essa tensão revela como o diagnóstico do HIV não afeta apenas o corpo, mas também mobiliza profundas reconfigurações psíquicas, confrontando o sujeito com fragilidades, limitações e vulnerabilidades que desafiam sua autoestima e percepção de competência. Dessa forma, a experiência se constitui como um terreno complexo de dor, perda e ruptura, mas também de elaboração subjetiva, em que o sujeito é convocado a reconstruir a relação consigo mesmo e com o mundo, ressignificando seu eu, suas expectativas e sua capacidade de amar e ser amado.

Para o Entrevistado 03:

“Muito mal pensei que a vida fosse acabar ali, tendo em vista que minha infecção se deu por meio de uma transfusão de sangue em um procedimento cirúrgico, antes do acontecimento eu tinha uma visão muito negativa sobre [...].”

Já para o Entrevistado 05:

Tive um impacto [...] [silêncio]

Os depoimentos dos entrevistados revelam a intensidade do impacto emocional associado ao diagnóstico, independentemente da forma de infecção. Logo, o terceiro entrevistado, ao descrever o susto provocado pela contaminação por meio de uma transfusão durante um procedimento cirúrgico, evidencia o choque e a percepção de vulnerabilidade extrema, especialmente considerando suas concepções prévias negativas sobre a doença.

Já o Entrevistado 05, marcado por pausas e silêncios ao relatar seu impacto, indica a dificuldade de simbolizar e verbalizar o sofrimento, mostrando como a experiência com o vírus pode paralisar a subjetividade e mobilizar emoções profundas, como medo, desespero e insegurança. Esses relatos funcionam como catalisadores de reflexões sobre a própria finitude, fragilidade e identidade, exigindo processos contínuos de elaboração psíquica, resiliência e reorganização das relações afetivas. Diferentemente de outros atravessamentos que podem ser compartilhados, a infecção carrega uma delicadeza particular, pois envolve não apenas a dimensão biológica, mas também construções culturais da masculinidade, como já foi citado. Nesse sentido, o silêncio do participante sinaliza um processo ainda sensível e pouco elaborado, revelando a ausência de palavras para expressar experiências íntimas, corroborando a presença de uma ferida narcísica que demanda reconhecimento, acolhimento e elaboração.

Esse ataque ao narcisismo manifesta-se, por exemplo, na perda do sentimento de invulnerabilidade, que é parte fundamental da ilusão de perfeição que o sujeito cria para si. Isso pode resultar em desamparo psíquico, sentimentos de inferioridade ou vergonha, já que a condição doente força o sujeito a confrontar os limites impostos pelo real do corpo. No caso de pessoas vivendo com doenças crônicas como o HIV, esse efeito é amplificado pela presença de significantes simbólicos externos que carregam estigmas sociais. Esses significantes, introjetados pelo sujeito, podem acentuar a sensação de perda do valor narcísico, ao mesmo tempo em que dificultam a manutenção de uma relação positiva com o ideal do *Eu*.

Para o Entrevistado 04:

“A sensação que a vida tinha acabado [...]”

Em consequência disso, podemos afirmar que “a sensação de que a vida havia acabado” revela o impacto imediato e profundo do diagnóstico, mobilizando um estado de vulnerabilidade extrema e fragilidade subjetiva, o que evidencia a intensidade de uma vivência muitas vezes solitária, exigindo do sujeito um esforço adicional em momentos de grande fragilidade. Esse sentimento não apenas expressa medo e desespero, mas também confronta o sujeito com os ideais da masculinidade hegemônica – força, invulnerabilidade e capacidade de controle – evidenciando a tensão entre o *Eu* ideal e a realidade imposta pela infecção, tornando o processo ainda mais pesado para esses homens, que, além do vírus, enfrentam as pressões culturais sobre o que significa ser homem. Ao mesmo tempo, essa experiência atua como uma ferida narcísica, ao expor limitações, fragilidades e a necessidade de reorganizar a própria identidade diante da vulnerabilidade corporal e afetiva, contribuindo para que o sujeito se depare com seu próprio vazio, especialmente no que tange ao esvaziamento libidinal que acompanha o processo de infecção.

Ante o vazio que se coloca decorrente do diagnóstico, Freud (1912) também reconhece que, em resposta a essas rupturas, o sujeito pode buscar reorganizar suas identificações e reconstruir sua relação com os próprios ideais. Essa reelaboração pode incluir novas formas de sublimação, investimento em objetos ou mesmo a criação de novas narrativas para lidar com a condição. Defendendo que o narcisismo se funda no que diz respeito a nossa primeira experiência de amor autoerótica, o amor narcísico e o amor objetual, processos esses marcados pelo investimento da libido, a qual se dirige para o mundo externo, contribuindo para a formação do *Eu*, ante da primazia na relação de alteridade com o Outro (Kurperman, 2023).

A formação e o desenvolvimento do *Eu*, tem uma grande importância na obra freudiana, seja atrelada a formação do narcisismo como uma fase imprescindível do processo de construção do ego, caracterizando-o como o amor de si mesmo. Nesse processo marcado pelo investimento libidinal, o sujeito tem de manter alguma “reserva” da libido investida em si mesmo, e não a direcionar toda ao objeto (Freud, 1914/1996). Contudo, nas relações amorosas na atualidade percebe-se que os sujeitos se apresentam investindo tudo no objeto em função também da ideia de completude. Desse modo, o ego se anuncia como um objeto interno, um objeto da pulsão.

Dessa forma, ao confrontar-se com o diagnóstico do HIV, os sujeitos se deparam com uma fragilidade que mobiliza tanto o vazio narcísico quanto a necessidade de reorganizar o investimento libidinal. O impacto da infecção evidencia a tensão entre o *Eu* ideal e a realidade

vivida, revelando como o sujeito, diante da vulnerabilidade corporal e afetiva, precisa redirecionar sua libido, equilibrando o amor a si mesmo e o investimento no Outro. Nesse contexto, tornando evidente que a construção do Eu se dá continuamente em um movimento entre fragilidade, resistência e reinvestimento afetivo.

Para o Entrevistado 01:

“Quando vi o resultado, foi horrível, eu chorei muito, depois sai de casa e fiquei o dia todo na rua meio que sem chão [...]”

No trecho a seguir o Entrevistado 07 descreve:

“Tristeza, o sentimento que fui traído [...] (choro copioso) [...] Muita dor”

Ao se examinar os relatos, observa-se que o Entrevistado 01 expressa uma reação de choque e vulnerabilidade, revelando tanto o sofrimento psíquico quanto a dificuldade de processar a notícia, em uma experiência próxima ao arrebatamento. De forma semelhante, o Entrevistado 07 indica a dimensão afetiva do impacto como uma ferida relacional, indicando que o diagnóstico não mobiliza apenas o medo da doença, mas também questões ligadas à confiança, ao cuidado e à experiência de se perceber afetivamente exposto. É inegável que, nos casos em que a infecção ocorre no contexto de uma relação amorosa e vem acompanhada da descoberta de uma traição, o impacto subjetivo se intensifica, pois coloca em xeque a fantasia do amor sustentada por promessas, juras e pelo ideal de cuidado mútuo que se espera daquele que diz amar. Nesse cenário, a traição não se limita à inserção de um terceiro na relação, mas representa a ruptura do pacto de lealdade que fundamenta o laço amoroso, convertendo o espaço do encontro – que deveria ser de proteção e reconhecimento – em espaço de ameaça e vulnerabilidade.

Sob esse viés destacamos que esse impacto subjetivo mobiliza tanto efeitos narcísicos quanto egóicos. Do ponto de vista narcísico, a experiência revela-se como uma ferida profunda, pois rompe com a ilusão de completude depositada no parceiro e desorganiza o investimento libidinal que havia sido projetado no vínculo amoroso. A traição somada à infecção abala o ideal do eu, fazendo com que o sujeito se perceba diminuído e fragilizado diante da queda da imagem idealizada de si mesmo. Já no plano egóico, observa-se uma desorganização marcada pelo sentimento de ser traído, acompanhada da perda de referências para lidar com a realidade e da fragilidade da identidade, que passa a ser atravessada por dúvidas quanto ao próprio lugar para o outro. Nesse movimento, o *Eu* se vê forçado a acionar defesas psíquicas para suportar a perda da confiança e a vulnerabilidade imposta pelo vírus.

Deste modo, no caso de homens que contraem a infecção no contexto de uma relação amorosa marcada pela traição, o que se produz é frequentemente uma impossibilidade de amar ou de se sentir amado, tendo em vista a dor desencadeada pela experiência. A infecção, associada diretamente à quebra de confiança no vínculo, impõe repercussões profundas que atravessam o campo afetivo e subjetivo, resultando em diferentes formas de se haver com o amor. Assim, podem emergir distintas modalidades de escolha de objeto amoroso, ora marcadas pela retração e pelo medo de entrega, ora pelo investimento em relações instáveis ou superficiais, e até mesmo pela vivência da perda do próprio objeto de amor, cuja ausência reforça o vazio deixado pela ferida narcísica e pelo trauma da traição

De acordo com Násio (2021), não se sofre propriamente pela ausência do outro, mas pela intensidade do desejo que, privado da estimulação do corpo vivo que possuía um significado singular, permanece sem direção. O sofrimento, portanto, não está apenas no vazio deixado pela partida, mas na interrupção do fluxo desejante que encontrava no corpo do outro sua via de expressão.

No contexto dos homens vivendo com HIV/Aids, essa reflexão se torna ainda mais pertinente. A perda amorosa ou a ruptura da confiança – especialmente quando atravessada pela infecção – não apenas retira o parceiro do cenário, mas priva o sujeito da experiência afetiva e erótica que conferia sentido ao seu desejo. O corpo do outro, que antes simbolizava acolhimento, prazer e reconhecimento, passa a ser lembrado também como marca de dor e risco. Nessa trama, o desejo fica suspenso entre a busca por novas formas de amar e o peso da ferida narcísica, oscilando entre a possibilidade de investimento em novos objetos e a tendência a permanecer identificado com a perda.

Isso ocorre porque o ritmo simbólico dessa relação é quebrado com a perda do compasso que dava forma às nossas interações. Além disso, o espelho psíquico que refletia a própria imagem desmoronou. A lesão que provoca a dor psíquica não é causada pelo desaparecimento físico do ser amado, mas sim pela perturbação interna gerada pela desarticulação da fantasia ligada ao objeto de amor. A dor é uma reação não à perda real, mas à ruptura da fantasia que o unia ao amado.

O Entrevistado 07 resumiu de forma comovente seu sentimento diante da experiência vivida: *“Eu acreditava nas pessoas e no amor...”*

Neste sentido, essa afirmação revela a expectativa de confiança e cuidado que ele depositava no vínculo amoroso e após a infecção, não mais. Quando o homem é infectado por quem se ama, muito se perde nessa relação: a fantasia de proteção e amparo desmorona, e o

sujeito se vê abandonado, sem recursos, mergulhado em uma intensa angústia do desejo. A fala evidencia, mais uma vez, como a experiência do trauma amoroso não se restringe à dimensão física da infecção, mas impacta profundamente o campo subjetivo, afetivo e desejante do indivíduo.

O desejo torna-se errante, sem um objeto para ancorar, e a dor se torna uma desgraça que se impõe de forma veemente quando percebemos que nosso desejo é louco e desprovido de objeto. O encontro entre o sujeito e seu desejo enlouquecido é brutal e imediato. O inconsciente guarda a dor, nunca a esquece, e o corpo perde sua resistência, caindo como uma roupa que escorrega de um cabide. A dor se manifesta como uma sensação física de desintegração, não de explosão. Os primeiros recursos para conter esse colapso, que muitas vezes demoram a surgir, são o grito e a palavra. (Násio, 2021)

Outro ponto importante a ser considerado é a recorrência do silêncio como marca significativa nos relatos, especialmente nos entrevistados 01, 05 e 07. Nesses casos, o recurso ao grito ou à expressão verbal plena nem sempre se torna possível, refletindo o próprio silenciamento imposto pelo sofrimento e pela vivência da infecção. O silêncio se repete ao longo das narrativas, seja em pausas prolongadas, hesitações ou lapsos na fala, funcionando como uma forma de resistência e, ao mesmo tempo, de expressão da intensidade da dor vivida. Essa repetição não apenas evidencia a dificuldade de elaborar subjetivamente a experiência do HIV, mas também revela a profundidade do impacto emocional, configurando um espaço onde a angústia e a vulnerabilidade se inscrevem de maneira silenciosa, porém potente.

Pode-se mencionar, por exemplo, que acaba por potencializar um estado de melancolia em relação à infecção, já que essa desintegração, na maioria das vezes, permanece eclodindo no interior do sujeito, tornando a subjetivação ainda mais pesada e difícil de elaborar. No caso dos homens gays, esse peso adquire uma dimensão dupla: além de lidar com a infecção, que por si só já remonta ao imaginário social da promiscuidade, recai também sobre eles a força normativa da masculinidade hegemônica, que impõe maior estigma e sofrimento quando comparado à vivência dos homens heterossexuais, bem como a interdição no campo amoroso.

De acordo com Freud (1914/1974) devemos amar a fim de não adoecermos, e estamos fadados ao adoecimento, em consequências das não garantias que advém do ideal de amor. Como pensamos esta afirmação quando se é infectado acreditando estar em uma relação amorosa?

Nesse sentido, levamos em consideração o processo de luto quando a relação com o objeto amado termina. Para Freud (1915), o luto é a perda do objeto que se ama, já no caso da melancolia se configura como a perda da capacidade de amar e de eleger um novo objeto de

amor atrelado a diminuição da autoestima. A melancolia acarreta modificações na relação amorosa, em relação a quem o sujeito ainda ama, amou ou deveria amar, em função de um movimento recriminatório a si e ao objeto de amor, o qual se volta para o próprio eu.

De acordo com Freud (1920/2010), quando o indivíduo vivencia uma perda amorosa ou um sentimento de fracasso, isso pode acarretar um dano permanente em sua autoestima, configurando-se como uma ferida narcísica. Nesse processo, o sujeito passa a se sentir diminuído em relação ao objeto perdido, como se tivesse perdido parte de seu próprio valor. Assim, a perda do objeto de amor, quando atrelada à infecção pelo vírus do HIV/Aids, tende a intensificar ainda mais esse sentimento de inferioridade, pois a dor afetiva se soma ao estigma social e à marca corporal da doença.

A questão que se coloca, então, é como esses homens podem amar ou se sentirem amados quando, na própria relação estabelecida, algo do real do corpo se apresenta como diferença – diferença esta que, dependendo da forma como é elaborada, pode ser associada a sentimentos de vulnerabilidade, fragilidade ou até mesmo de inferioridade. Não se trata de afirmar que homens sorodiscordantes não possam viver relações amorosas, mas de compreender que, quando o sujeito permanece identificado com o objeto perdido, sua capacidade de investir em novos vínculos fica comprometida. Nesses casos, a libido que deveria ser direcionada a outros objetos amorosos retorna ao Eu, intensificando o fechamento narcísico e dificultando a possibilidade de abertura a novas experiências de amor.

Então, o processo da infecção pelo vírus, quando advém de uma relação amorosa tende a potencializar esse luto em função do objeto perdido, pois não só entra em voga o objeto de amor, mas o próprio narcisismo que fica marcado pelo real do vírus, fazendo o sujeito se haver com um novo corpo, estilo de vida em função da cronicidade da patologia. Assim, tende a desenvolver certo estado melancólico, pois a libido que era direcionada para objeto ao retornar para o Eu, tende a acentuar a degradação do narcisismo em relação ao processo de subjetivação no campo do amor, acarretando uma identificação direta com o objeto perdido impossibilitando a sublimação, Freud defende que nesse estágio o Supereu arrebatada a consciência. Nesse caso, a instância do Eu assume os traços do objeto, como se oferecesse, ele próprio ao Id como objeto de amor, assim demarcando a transformação da libido objetual em narcísica. Isso pode acarretar um abandono das metas sexuais, ou a dessexualização ou excesso delas, corroborando até para a fragmentação do Eu (Freud, 1923).

Então, algo se perde quando se é infectado, por meio de uma relação amorosa e se é traído, algo se perde para além do objeto de amor, dependendo de como cada homem vai ser

haver com essa questão, podemos nos deparar com a perda do próprio *Eu* para esses sujeitos. Nos casos estudados nenhum deles chegou a esse ponto.

Há nuances relacionadas a dinâmica de amar e ser amado; nem sempre após a infecção se produz um estado de melancolia em que o sujeito fica identificado ao objeto amoroso, mas a sombra do objeto pode produzir seus efeitos na subjetividade masculina, causando fixação e uma resistência em investir objetivamente.

Dessa maneira, os homens que são infectados por conta da traição dos seus parceiros e que apresentam um estado de melancolia observa-se um mecanismo de transformação do amor em ódio, uma energia deslocada que pode se unir tanto ao impulso erótico quanto ao destrutivo, caracterizando uma libido narcísica com a marca de um eros dessexualizado. É interessante notar que muitos homens, mesmo após a infecção, continuam colocando em risco não só o próprio corpo, mas também o dos outros, seja pela não utilização do preservativo ou pelas chamadas “roletas russas do HIV”. Isso nos leva a considerar a dor como um tipo de prazer sexual que surge quando o *Eu* abandona a realidade exterior e vive apenas os personagens de sua fantasia. Násio (2021) destaca três momentos para esses casos: o *Eu* que sofre a dor, representado pelo momento do diagnóstico; o *Eu* sádico que se autoflagela, seja por ter confiado no outro ou pela própria exposição ao risco; e a própria dor, quando não pode nomear. Em outras palavras, temos um *Eu* que se deleita em seu próprio sofrimento, a dor transcende o corpo e se insere no espaço intermediário entre o *Eu* e o Outro.

Em consequência disso, podemos afirmar, a experiência com o vírus, bem sabemos que não se limita à dimensão biológica da infecção; ela atravessa profundamente a subjetividade, reorganizando o investimento narcísico e egóico, tensionando a identidade masculina. O silenciamento social, aliado ao estigma e às normas culturais, amplifica a ferida narcísica e dificulta a expressão e a elaboração da dor. Ao mesmo tempo, revela a necessidade de reconhecer a singularidade da experiência de cada sujeito e a importância de espaços de escuta, afetividade e apoio, que permitam reconstruir vínculos, ressignificar o sofrimento e favorecer formas de amar como uma saída digna e possível, a qual já foi mostrado no relatório de outros homens.

4.2 Os caminhos das pulsões

É de conhecimento geral que as pulsões de autoconservação têm um caráter mais instintivo do que propriamente pulsional, satisfazendo-se apenas por meio de um objeto real e sendo guiadas pelo princípio da realidade. Essas pulsões estão ligadas à sobrevivência, como

beber, comer, dormir e se proteger de doenças, incluindo as sexualmente transmissíveis fazendo uso de preservativos ou de medicações. Por outro lado, as pulsões sexuais estão relacionadas à satisfação fantasmática, operando sob o princípio do prazer. Muitas vezes, elas se apoiam (*Anlehnung*) nas pulsões do ego. A satisfação sexual, por exemplo, pode ser alcançada com o apoio das pulsões de autoconservação, e essa energia pode ser sublimada em atividades como a arte, exercícios ou até a masturbação, redirecionando o impulso sexual para formas não sexuais de expressão e realização. Nos indagamos aqui como a pulsão é reinvestida pela libido, para buscar outros objetos no circuito pulsional após a infecção.

Em *A pulsão e seus destinos*, Freud (/1915) indica que a pulsão pode fazer uma reversão no contrário, ou voltar-se contra a própria pessoa, o recalque. Neste sentido, reversão ao seu oposto, como a transformação do amor em ódio e a dicotomia entre atividade e passividade, são fenômenos complexos que podem ser explorados à luz do sadismo (Lacan, 1964/2008). O sadismo se manifesta como a violência ou o exercício de poder sobre outra pessoa, tratada como objeto. Quando uma pessoa vive com HIV, a escolha de ter relações sexuais sem o uso de preservativos – mesmo estando indetectável – levanta questões éticas significativas. Ao não oferecer ao parceiro a possibilidade de decidir sobre o uso de preservativo, não estaríamos, de certa forma, exercendo um ato sádico.

Esses depoimentos são corroborados com os que tenho escutado na clínica privada ao atender homens vivendo com HIV/Aids. Tenho observado que os padrões recorrentes de sofrimento afetivo, medo da rejeição, culpa e dificuldade de investir em relações amorosas de maneira plena são, de certo modo, os mesmos, mas que se manifestam de maneira singular em cada sujeito. Igualmente com relação a exposição do risco mesmo quando indetectável.

Certo paciente me relatou: “No último final de semana, tive relações sexuais 13 vezes, com 13 parceiros diferentes.” Ao perguntar sobre o uso do preservativo, a resposta foi direta: “Não, sou indetectável, não ofereço risco aos outros.” Ante tal resposta perguntei: “Mas e você? Não está se expondo a outros riscos?”

Comportamento similar apresenta o Entrevistado 07 ao relatar que, em determinado momento, seu parceiro convocou um terceiro para participar da relação sexual sem o uso de preservativo. Tais experiências podem ser compreendidas como expressões da objetificação do corpo, na medida em que o sujeito é colocado (e também se coloca) em uma posição de passividade diante do desejo do outro como acontece no caso do sadomasoquismo.

Freud (1920) fala do par sado/masoquismo, pois a inversão do sadismo em seu contrário, ou seja, no masoquismo representa uma face da mesma moeda. Nesse caso o sujeito se coloca no lugar de objeto, adotando uma postura passiva para que o outro atue de forma ativa sobre

ele; ou seja, o sujeito coloca seu corpo em risco, mesmo estando em terapia antirretroviral. Isso não quer dizer que homens vivendo com HIV/Aids, não possam ter relações sexuais ou que tenham a obrigação de expor sua sorologia. Ao contrário, o foco deve estar em como possibilitar um investimento libidinal que seja digno tanto para si quanto para o outro.

Embora a terapia medicamentosa ofereça uma melhora significativa na qualidade de vida, esse comportamento de se expor ao risco – como ter múltiplos parceiros sexuais sem o uso de preservativos – revela uma desconsideração pelos possíveis perigos, como a mutação do vírus ou a contração de outras infecções sexualmente transmissíveis. Essa atitude exige um olhar mais atento, tanto em relação à saúde física quanto ao processo psíquico que sustenta esse tipo de comportamento. O ponto crucial não é a negação do direito ao prazer e à sexualidade, mas sim a necessidade de um questionamento sobre como esse corpo, mesmo após a infecção, é tratado e exposto. Isso sugere uma repetição inconsciente do trauma, onde o cuidado consigo e com o outro é negligenciado, favorecendo a manutenção de comportamentos de risco.

A relação entre voyeurismo e exibicionismo pode fornecer uma chave interessante para entender certos comportamentos psíquicos e sexuais no contexto do HIV/Aids. Essas duas pulsões, caracterizados pela contemplação e exposição do corpo, podem estar associados a modos de subjetivação e expressão da sexualidade após o diagnóstico de uma infecção como o HIV. No voyeurismo, o prazer está na observação, muitas vezes em segredo, do corpo ou da sexualidade alheia. Para pessoas vivendo com HIV, a contemplação do próprio corpo, de suas transformações físicas ou sua relação com o desejo, pode ser uma maneira de lidar com as novas realidades impostas pela infecção. O voyeur pode se distanciar de seus próprios riscos e vulnerabilidades, projetando-se no papel de observador. Ao fazer isso, pode também exercer uma forma de controle sobre a própria sexualidade e os corpos alheios, sem necessariamente se expor diretamente.

Essa dinâmica pode refletir um modo de lidar com o estigma e o medo associados ao HIV, mantendo o desejo vivo, mas de maneira mediada ou indireta. O ato de observar a si mesmo ou os outros pode se tornar uma maneira de enfrentar a perda de controle que a infecção pode gerar, sem assumir plenamente os riscos de uma exposição física. Já o exibicionismo está relacionado com o prazer de se expor, de ser visto. No contexto do HIV, a exposição do corpo e da sexualidade pode estar ligada a uma afirmação de poder e controle sobre o próprio desejo, desafiando o estigma e a invisibilidade social frequentemente associados à infecção. Em alguns casos, pode-se observar comportamentos exibicionistas como uma forma de desafiar o medo da exclusão sexual. O sujeito que se exhibe sexualmente, mesmo sabendo dos riscos envolvidos

ou das expectativas normativas, pode estar reconfigurando seu papel em relação à própria infecção ou uma tentativa de retomar o controle sobre o corpo e o prazer.

Tanto o voyeurismo quanto o exibicionismo, no contexto do HIV/Aids, podem revelar formas de lidar com o corpo enquanto objeto de desejo e vulnerabilidade. O corpo infectado é, muitas vezes, marcado por estigmas sociais e pelo medo da rejeição, e essas formas de expressão sexual podem ser entendidas como tentativas de ressignificar o corpo, seja através da contemplação ou da exposição. No voyeurismo, há uma busca por controlar o desejo à distância, protegendo-se do impacto direto da infecção. No exibicionismo, há uma tentativa de reafirmação do desejo, muitas vezes confrontando os limites sociais e de saúde. Ambos os comportamentos podem, em última análise, refletir modos de subjetivação em que o corpo se torna um território de disputas internas e externas entre pulsão de vida e pulsão de morte, controle e exposição, proteção e risco.

A infecção com HIV/Aids pode reativar recalques antigos em torno da sexualidade, pois é visto, inconscientemente, como uma punição ou consequência da sexualidade transgressora, o que gera ansiedade e angústia que o recalque tenta conter, levando em consideração a forma da infecção. Nisso, podemos destacar o estigma social em torno do vírus que pode ser interpretado como uma externalização de repressões coletivas. O medo da doença frequentemente se associa ao medo do “diferente” (homossexualidade, drogas, prostituição) e pode levar à discriminação como forma de proteger a maioria dos seus próprios desejos e impulsos reprimidos.

Dessa maneira a sociedade reprime o que considera ameaçador para sua moralidade ou para a ordem estabelecida, projetando no outro a culpa e a vergonha. Podemos pensar que a questão do silenciamento e torno do vírus poderia ser uma forma de recalque? Muitas pessoas que recebem o diagnóstico esconde o choque inicial, buscando minimizar a gravidade do que estão vivendo. No entanto, essa negação retorna sob sintomas de depressão, de ansiedade, comportamento de risco ou mesmo somatizações.

Neste sentido, escutar tais homens após a infecção, levando em consideração sua posição subjetiva frente ao amor, nos possibilita um outro caminho para melhor compreensão dos efeitos da infecção sobre as relações, bem como as novas formas adotadas para se relacionar. Já vimos que nos casos de traição do parceiro, há outras questões em cena para além do efeito da infecção sobre o sujeito, pois há quebra de confiança, da idealização do objeto de amor.

Quando a ameaça de perder um dos objetos eleitos se aproxima, a angústia surge no ego. Se um desses objetos desaparece de repente, sem qualquer aviso prévio, a dor se impõe,

originando-se do id. A dor pode ocorrer ao perder abruptamente a pessoa amada (luto), o amor recebido (abandono), o amor-próprio e a imagem de si mesmo (humilhação) ou a integridade corporal (mutilação). O luto, o abandono, a humilhação e a mutilação são quatro circunstâncias que, se súbitas, desencadeiam a dor psíquica ou a dor de amar, representando a perda crucial do ser amado (Násio, 2021).

Os homens infectados pelo HIV/Aids enfrentam o luto pela perda do objeto de amor, a humilhação associada à perda do amor-próprio, a ablação narcísica refletida na própria imagem que era mediada pelo objeto de amor, e a perda da integridade corporal, marcada por uma condição incurável. A dor psíquica difere da dor corporal, pois não está relacionada a uma lesão física nos tecidos. Sua origem não reside no corpo, mas sim no vínculo emocional com algo ou alguém amado. A dor de amar é como um afeto resultante da ruptura abrupta do laço que nos conecta ao objeto do nosso amor. Quando esse vínculo é quebrado, nossa autoestima é afetada e o princípio do prazer é abolida (Násio, 2021).

Há que considerar também a presença maior ou menor das pulsões de vida e de morte. A prevenção com uso de preservativos e vacina⁵ é uma forma de autoconservação, bem como testes regulares, educação sexual sobre as DSTs e ISTs, suas formas de transmissão e prevenção. Ela é essencial para tomar decisões conscientes sobre a saúde sexual. No entanto, quando o sujeito se engaja em práticas sexuais de risco, como transar sem preservativo, indica um movimento que se contrapõe ao amor de si no sentido de proteção, conotando o triunfo da pulsão de morte sobre a de vida e uma certa condensação de gozo.

Freud (1920/2010) já havia apontado em *Além do Princípio do Prazer* que as pulsões de autoconservação nem sempre atuam em harmonia com as pulsões sexuais. Embora ambas sejam forças vitais, a pulsão sexual pode levar o sujeito a colocar em risco sua integridade física para satisfazer o desejo, evidenciando a independência da pulsão sexual em relação à autoconservação. Isso explica como o desejo ou o gozo pode fazer o sujeito ultrapassar barreiras de segurança, mesmo quando há consciência do risco. Lacan (1960) retoma a noção de pulsão de morte como algo que não está apenas ligado à destruição, mas ao excesso de gozo. No *Seminário 7: A Ética da Psicanálise* (1959-1960), ele aborda o conceito de gozo como aquilo que ultrapassa o prazer regulado pelo princípio de realidade e que, muitas vezes, leva o sujeito a enfrentar o limite da castração.

Neste sentido o ato de transar sem preservativo pode ser compreendido como uma busca por um gozo que desafia a lógica da autoconservação, colocando o corpo no limite entre o

⁵ Existem vacinas disponíveis para algumas ISTs, como o HPV (Papilomavírus Humano) e a hepatite B.

prazer e o perigo. Esse movimento revela a tensão entre o amor de si – ligado ao imaginário narcisista – e o desejo por algo que excede a lógica de proteção, algo que Lacan associaria ao real da pulsão.

No caso de transar sem preservativo, o desejo sexual ou a busca por satisfação pode prevalecer sobre as precauções ligadas à sobrevivência. Esse ato, aparentemente contrário ao amor de si, pode ser lido como uma submissão ao gozo, que ultrapassa as fronteiras do princípio de prazer e, muitas vezes, vai contra a lógica da preservação.

Esse comportamento de continuar se expor ao risco também nos leva a associar ao que Freud teoriza sobre a repetição e a pulsão de morte. A repetição sugere que, em vez de simplesmente buscar prazer, os indivíduos são muitas vezes compelidos a reviver experiências passadas, particularmente aquelas que causaram dor ou trauma (Freud, 2010 [1920]). Os comportamentos de risco, de não fazer uso de preservativo, de expor o corpo a um excessivo número de parceiros, ou de negar os cuidados necessários seria uma espécie de fixação ao trauma ao mesmo tempo que a repetição pode dar uma ilusão de controle ou familiaridade, mesmo que autodestrutiva.

Conclusão

A presente pesquisa buscou analisar como fica a vida amorosa dos homens após a infecção do HIV/Aids; averiguar o contexto histórico, político e discursivo da epidemia de HIV/Aids e seus efeitos na constituição das subjetividades masculinas; examinar quais os efeitos narcísicos e os investimentos objetais nos casos de homens diagnosticados com HIV/Aids; e compreender as modificações na forma de como o sujeito se relaciona com o objeto de amor e formas de gozo.

Em virtude dos conhecimentos abordados ao investigar o contexto histórico e político da epidemia, a pesquisa evidenciou que os discursos biomédicos, religiosos e morais atravessam as subjetividades masculinas desde os primeiros anos da crise sanitária. A trajetória de enfrentamento político no Brasil, marcada por avanços e retrocessos, repercute diretamente na forma como os sujeitos se percebem enquanto homens vivendo com HIV/Aids.

Se faz necessário que percebamos que se referindo as vivências subjetivas no que diz respeito ao homem que vive com HIV e sua relação com o amor, podemos concluir que o acontecimento amoroso após a infecção pelo HIV não se limita apenas à biologia da doença, mas envolve questões emocionais, subjetivas e sociais. E que esse fenômeno se coloca de forma muito individualizada para cada sujeito, bem como a referência de amor, antes e depois da infecção. O impacto da sorologia gera traumas, inseguranças e desafios para a construção de novos vínculos afetivos, especialmente quando a infecção está associada a traição ou engano, partindo de uma relação amorosa essas questões elas desdobram diretamente no Eu, e no estatuto do corpo, como é possível sublimar uma questão traumática, quando não se tem nem abertura para falar sobre, visto que geralmente a própria sociedade silencia e inviabiliza esses homens.

Os dados evidenciam que o lugar social ocupado pela pessoa vivendo com HIV ainda é atravessado por formas de exclusão, seja pela invisibilidade, pelo preconceito ou pelo olhar de pena que frequentemente recai sobre esses sujeitos. A sociedade, de modo geral, ainda não está preparada para lidar com essa condição de forma naturalizada e desprovida de juízos morais, bem como a própria identidade masculina que é muito atravessada pelos efeitos da cultura, por vezes, impossibilidade uma subjetivação mais digna. A presença do HIV, mesmo quando clínica e epidemiologicamente controlada, continua a evocar imaginários relacionados à promiscuidade, à culpa, à transgressão e à morte, revelando um descompasso entre os avanços técnicos e a capacidade cultural de acolhimento. Assim, os sujeitos que vivem com o vírus

permanecem, muitas vezes, em uma posição de silenciamento e autorrestrrição, sendo forçados a administrar não apenas os cuidados com a saúde física, mas também os efeitos psíquicos da exclusão cultural que ainda pesa sobre seus corpos e suas histórias.

Entende-se sobre isso que o medo do julgamento e da rejeição muitas vezes leva ao isolamento e à dificuldade de se permitir amar novamente levando em consideração que se trata de uma traição subjetiva, mas que não só se limita a isso, mas um traço crônico que toca diretamente a questão narcísica desses sujeitos. O retorno da libido ao Eu, em vez de ser direcionada para novos investimentos amorosos, tende a acentuar a degradação do narcisismo, reforçando uma identificação com o objeto perdido, sendo assim desaguando no real da pulsão. Essa dinâmica melancólica e identificação com o objeto traumático compromete a subjetivação no campo do amor, dificultando novas construções e levando a um enrijecimento psíquico e objetal. Vale destacar que a subjetivação é em específico no campo do laço amoroso, muitos homens subjetivam outros encontros pela via da fixação na identificação objetal e do gozo.

Os resultados podem ser compreendidos a partir da análise dos depoimentos evidenciam que o diagnóstico do vírus HIV, no contexto das possibilidades de investimento no campo amoroso, pode operar como um corte narcísico, confrontando o sujeito com seus limites, fragilidades e com a própria identidade masculina construída sob os imperativos da masculinidade hegemônica. As barreiras psíquicas – silêncios, inibições e retraimentos – funcionam simultaneamente como mecanismos de defesa e manifestações do sofrimento, evidenciando a complexidade do tempo subjetivo necessário para elaborar a condição e se relacionar afetivamente. Paralelamente, o amor e os vínculos significativos aparecem como mediadores essenciais, capazes de atenuar a dor, possibilitar a ressignificação da experiência e favorecer a reconstrução de si diante do Outro.

Neste sentido, o sofrimento psíquico dos sujeitos não se restringe ao diagnóstico de HIV, mas se amplia e se intensifica diante da percepção de uma falta radical de cuidado por parte do outro que não cuida. Esse descuido que pode se expressar por meio da traição, do silêncio sobre a sorologia ou da negligência com a proteção opera como um ato de desamparo, atingindo o sujeito em sua confiança, em seu narcisismo e na possibilidade de investir no laço amoroso. Quando o outro que deveria representar segurança, intimidade e proteção torna-se a fonte da infecção, o sujeito se vê diante de uma inversão traumática da experiência amorosa.

Dessa forma a teoria da repetição freudiana evidencia que os sujeitos tendem a reviver experiências dolorosas como forma de lidar com a angústia, buscando, ainda que de modo inconsciente, algum grau de elaboração ou controle sobre o vivido. No contexto da infecção pelo HIV, a persistência em comportamentos de risco – como a não utilização de preservativos

e a exposição reiterada a situações de vulnerabilidade – pode ser compreendida como uma tentativa de reinscrever, na prática cotidiana, a experiência traumática da soroconversão. Esse processo se configura como um mecanismo de defesa que oscila entre a elaboração parcial da perda e a construção de uma ilusão de domínio sobre a própria história.

Elas se encontram imbricadas em determinantes socioculturais, especialmente na lógica da masculinidade hegemônica, que sustenta ideais de virilidade, invulnerabilidade e recusa do cuidado. Ao privilegiar a força, a autonomia e o exercício de poder nas relações sexuais e afetivas, esse modelo de masculinidade produz um terreno fértil para a negligência frente à prevenção e ao autocuidado, reforçando a perpetuação de práticas de risco.

Com relação ao que foi apresentado, a repetição, para além de um fenômeno psíquico, deve ser compreendida como atravessada por normas de gênero que orientam comportamentos e modos de subjetivação. Reconhecer esse entrecruzamento entre o inconsciente e a masculinidade hegemônica permite não apenas uma leitura mais ampla das implicações do HIV na vida desses homens, mas também aponta para a necessidade de estratégias de cuidado que considerem, de forma crítica, os condicionantes culturais que perpetuam a vulnerabilidade masculina diante do vírus. Assim, esse encontro com o vírus em uma relação amorosa opera como um significante que fixa a identidade do sujeito, limitando suas possibilidades de subjetivação. Esse aprisionamento simbólico bloqueia a circulação do desejo e do amor, reduzindo a experiência subjetiva à condição de ser uma pessoa que convive com o vírus, levando a uma maior produção de gozo. O *amuro* aqui se revela como uma defesa ambígua: ao mesmo tempo que protege o sujeito da angústia do Outro, também o enclausura, restringindo sua capacidade de reinscrição na vida.

Dessa forma Freud (1920/2010), em *Além do Princípio do Prazer*, associa o desamparo à compulsão à repetição, sugerindo que o sujeito tenta reconstruir situações traumáticas para encontrar uma saída para sua angústia. No caso da infecção, a repetição pode ser vista como uma tentativa de reinscrever a experiência traumática no campo simbólico. No entanto, essa busca pode ser paradoxalmente autodestrutiva, pois se dá em um cenário em que a marca da infecção reconfigura tanto o corpo biológico quanto a identidade psíquica. A exposição a riscos pode ser interpretada como um esforço para dar um novo sentido à infecção, reposicionando-se subjetivamente diante do impacto da doença. O corpo, marcado pelo vírus, torna-se um campo de significação, no qual o sujeito busca reinscrever algo de si mesmo que foi perdido com o diagnóstico. Esse processo pode oscilar entre tentativas de ressignificação e o aprisionamento em uma repetição compulsiva que reafirma a ferida original.

Assim, a infecção funciona como um operador psíquico que redefine o sujeito em suas relações consigo mesmo, com o desejo e com o Outro. A repetição pode tanto servir como uma tentativa de elaboração quanto como um circuito de gozo que mantém o sujeito fixado na dor do passado.

Dessa forma, o acontecimento amoroso no contexto do HIV revela tanto as fragilidades quanto as potências das relações humanas, mostrando que, apesar das adversidades, o amor ainda pode se reinventar e seguir como um elemento fundamental na vida de muitas pessoas. O amor emerge como uma categoria central para compreender os modos de viver e ressignificar a existência. Observou-se que alguns homens permanecem interditados em suas possibilidades afetivas, aprisionados pelo estigma, pelo medo, pela vergonha e pela dificuldade em elaborar o trauma da infecção. Nestes casos, o fechamento subjetivo os mantém em ciclos de repetição, sustentando a vulnerabilidade e a dificuldade de investir em laços significativos.

Em contrapartida, outros sujeitos revelam a possibilidade de acessar um amor mais genuíno no período pós-infecção, no qual o encontro afetivo se mostra atravessado pela aceitação, pela solidariedade e pela reconstrução da própria identidade. Nessa perspectiva, o amor não aparece apenas como experiência privada, mas como força transformadora que possibilita a reconstrução de vínculos, a abertura ao cuidado e a ressignificação da própria trajetória de vida.

Entende-se sobre isso que os avanços terapêuticos e a mediação adequada do tratamento possibilitam que a expectativa de vida das pessoas que convivem com o HIV seja, hoje, equiparada à de indivíduos que não vivem com o vírus. Nesse cenário, a experiência do diagnóstico deixa de se limitar à condenação e ao interdito, abrindo espaço para novas formas de se relacionar consigo e com o outro. Assim, o amor se configura, no contexto desta investigação, como elemento ético e clínico fundamental: ele permite deslocar o sujeito da lógica da repetição e da interdição para uma vivência mais leve, marcada pela possibilidade de confiar, partilhar e reinventar-se. O amor, portanto, mostra-se não apenas como resposta subjetiva ao HIV, mas como potência de vida capaz de atravessar estigmas, elaborar traumas e inaugurar novas formas de existir no mundo.

O incentivo ao diálogo e à conscientização podem contribuir para que mais pessoas se sintam seguras para amar e serem amadas novamente. A mudança da percepção do HIV de um problema coletivo para uma experiência individualizada reflete tanto os avanços médicos quanto as transformações sociais em torno da convivência com o vírus. Com o tratamento eficaz e a possibilidade de se tornar indetectável, muitas pessoas passaram a encarar a sorologia como

uma questão privada, em que a necessidade de revelação não é mais um imperativo moral, mas uma escolha pessoal.

No entanto, esse efeito social também pode trazer desafios. Enquanto permite maior autonomia e controle sobre a própria narrativa, ela pode contribuir para o isolamento emocional e afetivo, uma vez que o medo do julgamento ainda existe. A falta de conhecimento e o estigma persistente fazem com que muitas pessoas sintam insegurança para compartilhar sua condição, temendo rejeição ou discriminação.

Conclui-se, portanto, que a vivência da infecção como efeito de uma ausência de cuidado inscreve uma marca traumática que vai além do corpo biológico, incidindo sobre o narcisismo, nas formas de ser homem e no campo afetivo do sujeito. Ela abala as estruturas que sustentam a confiança no outro e em si mesmo, exigindo, para além do acompanhamento clínico, um espaço de escuta e elaboração psíquica que permita reinscrever essa experiência no campo da linguagem, do desejo e da reconstrução de laços possíveis.

Referências

- Agência Aids. (2023, 15 junho). *Brasil realiza ações para fortalecer resposta a HIV, Aids, hepatites virais e outras infecções sexualmente transmissíveis*.
<https://agenciaaids.com.br/noticias/>.
- Allouch, J. (1998). *Erótica do encontro*. Companhia de Freud.
- Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS - ABIA. (2022, 10 novembro). *Em nota de repúdio, GTPI denuncia desmonte da resposta brasileira ao HIV*. ABIA.
<https://abiaids.org.br/em-nota-de-repudio-gtpi-denuncia-desmonte-da-resposta-brasileira>.
- Audi, L., & Marie, L. (2009). *Os filósofos e o amor: De Sócrates a Simone de Beauvoir*. Casa da Palavra.
- Ayres, J. R. C. M., & Paiva, V. (2022). *Prevenção combinada do HIV: conceitos e práticas*. Saúde em Debate, 46(n.spe7), 277–289. <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E720>.
- Bacchini, A. M., et al. (2012). Reflexões sobre o inquietante de ser portador de HIV/Aids. *Tempo Psicanalítico*, 44(2), 271–284.
- Barros, M. (1993). *O livro das ignoranças*. Alfaguara.
- Birman, J. (1999). *O sujeito na contemporaneidade*. Civilização Brasileira.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2018). *Manual técnico para o diagnóstico da infecção pelo HIV em adultos e crianças*. <https://www.gov.br/saude/pt-br>
- Connell, R. W. (1995). *Masculinities*. Berkeley: University of California Press.
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2006). *O planejamento da pesquisa qualitativa: Teorias e abordagens*. Artmed.
- Ferreira, N. P. (2004). *A teoria do amor: Na psicanálise* (Vol. 38). Jorge Zahar Editor. (Coleção Passo-a-Passo Psicanálise)

- Fontanella, B. J. B., Ricas, J., & Turato, E. R. (2008). Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cadernos de Saúde Pública*, 24, 17–27.
- Foucault, M. (Vigiar e Punir: Nascimento da prisão (R. Ramallete, trad., 38ed.). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Freire Costa, J. (1999). *A inocência e o vício: Estudos sobre o amor e a culpa*. Relume Dumará.
- Freud, S. (1910/1976). *Um tipo especial de escolha de objeto feita pelos homens*. In Obras completas (Vol. XI, pp. 147–157). Imago.
- Freud, S. (1996). Moral sexual “civilizada” e doença nervosa moderna (1908). In S. Freud, Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (Vol. 9). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1914–1915/2010a). *Introdução ao narcisismo, ensaios de metapsicologia e outros textos* (P. C. Souza, Trad.). Obras completas (Vols. 14–19). Companhia das Letras.
- Freud, S. (1915/2010). *As pulsões e seus destinos* (P. C. Souza, Trad.). In Escritos sobre a psicologia do inconsciente (pp. 113–145). Companhia das Letras.
- Freud, S. (1920/2006a). Além do princípio do prazer. In S. Freud, *Escritos sobre a psicologia do inconsciente* (L. A. Hanns, Trad., Vol. 2, pp. 123–198). Imago.
- Freud, S. (1923/2006b). O eu e o id. In S. Freud, *Escritos sobre a psicologia do inconsciente* (L. A. Hanns, Trad., Vol. 3, pp. 13–92). Imago.
- Freud, S. (1946/2010b). História de uma neurose infantil (“O homem dos lobos”). In Além do princípio do prazer e outros textos (P. C. Souza, Trad.). Companhia das Letras.
- Freud, S. (2010). As pulsões e seus destinos (1915). In S. Freud, *Escritos sobre a psicologia do inconsciente* (P. C. de Souza, Trad., pp. 113–145). Companhia das Letras. (Obras completas de Sigmund Freud, Vol. 12)
- Genuchi, M. (2024). "Construções de masculinidades entre pessoas moradoras de rua: uma revisão integrativa". *Ciência & Saúde Coletiva*,

- Godoy, A. S. (2005). Refletindo sobre critérios de qualidade da pesquisa qualitativa. *Revista Eletrônica de Gestão Organizacional*, 3(2), 81–89.
- Gomes, A. M. T., Silva, E. M. P., & Oliveira, D. C. (2011). Representações sociais da Aids para pessoas que vivem com HIV e suas interfaces cotidianas. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(3), 485–492. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692011000300006>.
- Hinvo, W. (2024). HIV/AIDS, Disability, and Viral Masculinities. *Sexuality & Culture*, 28, 2456–2469. <https://doi.org/10.1007/s12119-024-10236-w>
- Joint United Nations Programme on HIV/Aids (UNAIDS). (2023). *Fatos e números. Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS*. <https://unaids.org.br/>
- Knauth, D. R., et al. (2020). O diagnóstico do HIV/Aids em homens heterossexuais: a surpresa permanece mesmo após mais de 30 anos de epidemia. *Cadernos de Saúde Pública*, 36, e00170118.
- Kuss, S. A. (2022). *A gente mira no amor e acerta na solidão*. Planeta do Brasil.
- Lacan, J. (1956–1957/2023). *O seminário, livro 4: A relação de objeto* (J.-A. Miller, Ed.; C. Berliner, Trad.). Zahar.
- Lacan, J. (1962–1963/2005). *O seminário, livro 10: A angústia* (V. Ribeiro, Trad.). Jorge Zahar Editor.
- Lacan, J. (1964/1998). *O seminário, livro 11: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise* (J. Arantes, Trad.). Jorge Zahar Editor.
- Lacan, J. (1969–1970/2006). *O seminário, livro 17: O avesso da psicanálise* (J. Arantes, Trad.). Jorge Zahar Editor.
- Lacan, J. (1972–1973/2014). *O seminário, livro 20: Mais, ainda (Encore)* (J. Arantes, Trad.). Zahar.
- Lacan, J. (1974–1975). *O seminário, livro 22: RSI* (F. de Tal, Trad.). Edição não comercial. s.l.
- Lacan, J. (1985). *O seminário, livro 11: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise* (1964). Zahar.

- Lacan, J. (1988). *Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Jorge Zahar.
- Lacan, J. (1992). *O seminário, livro 8: A transferência (1960–1961)*. Zahar.
- Lacan, J. (1998). *O estágio do espelho como formador da função do eu tal como nos é revelada na experiência psicanalítica* (V. Ribeiro, Trad.). In *Escritos* (pp. 97–103). Jorge Zahar Editor.
- Leader, D. (2017). *Que queria dizer com isso?* Zahar.
- Lobato, P. J. (2012). *A antropologia do amor: Do Oriente ao Ocidente*. Autêntica.
- Mahajan, A. P. et al. (2008). Stigma in the HIV/AIDS epidemic: a review of the literature and recommendations for the way forward. *AIDS* (London, England), 22 Suppl 2(Suppl 2), S67–S79. <https://doi.org/10.1097/01.aids.0000327438.13291.62>
- Maleval, J.-C. (2022). *La différence autistique* [Entrevista]. *Psicoanálisis Lacaniano*. <https://psicoanalisislacaniano.com/la-difference-autistique>.
- Ministério da Saúde (Brasil) [MS]. (2022). Estatísticas sobre HIV/Aids. <https://unaid.org.br/estatisticas/>.
- Ministério da Saúde (Brasil). (2018). Manual técnico para o diagnóstico da infecção pelo HIV em adultos e crianças. <https://www.gov.br/saude/pt-br>.
- Ministério da Saúde (Brasil). (2022). *Boletim Epidemiológico HIV/Aids 2022*. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. <https://www.gov.br/aids/pt-br>
- Ministério da Saúde (Brasil). (2022, 20 dezembro). *Estatísticas sobre HIV/Aids*. UNAIDS Brasil. <https://unaid.org.br/estatisticas>.
- Ministério da Saúde (Brasil). (2023, dezembro). *Boletim Epidemiológico HIV/Aids 2023: Casos de HIV notificados no Sinan segundo sexo e escolaridade por ano de diagnóstico (2007–2023)*. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/boletins-epidemiologicos>

- Moreira, A. C., Vieira, F. S., & Ceccarelli, P. R. (2018). Feminilidade e HIV/AIDS: entre o estigma e a resistência. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 21(4), 755–772. <https://doi.org/10.1590/1415-4714.2018v21n4p755.12>
- Nádia, P. F. (2012). *A teoria do amor*. Zahar.
- Nasio, J.-D., & Magalhães, L. (2010). *O livro da dor e do amor*. Jorge Zahar Editor.
- Reis, R. K., et al. (2011). Qualidade de vida, aspectos sociodemográficos e de sexualidade de pessoas vivendo com HIV/Aids. *Texto & Contexto – Enfermagem*, 20, 565–575.
- Ribeiro, B. (2017). *Quando a Veja matou Cazuza?* Observatório de Mídia. <https://medium.com/observat%C3%B3rio-de-m%C3%ADdia/quando-a-veja-matou-cazuza-15933a4f909a>.
- Richardson, R. J. (1999). *Pesquisa social: Métodos e técnicas*. Atlas.
- Rhodes T. et al. (2005). The social structural production of HIV risk among injecting drug users. *Social Science & Medicine*, 61, 1026-1044.
- Santos, M. D., et al. (2022). Conviver com HIV: Os sentimentos dos homens. *New Trends in Qualitative Research*, 13, e692.
- Seffner, F. (2003). *Masculinidade e HIV: repensando o corpo masculino*. Horizontes Antropológicos, 9(19), 217–235. <https://doi.org/10.1590/S0104-71832003000100010>
- Senado Federal. (2023). Aids chegou ao Brasil há 40 anos e trouxe terror, preconceito e desinformação. Senado Notícias. <https://www12.senado.leg.br/noticias/especiais/arquivos/Aids-chegou-ao-brasil-ha-40-anos-e-trouxe-terror-preconceito-e-desinformacao>
- Suy, A. (2022). *A gente mira no amor e acerta na solidão*. Paidós. Malta, D. C., Santos, M. A. S., Stopa, S. R., Vieira, J. E. B., Melo, E. A., & Reis, A. A. C. (2016). *Family Health Strategy coverage in Brazil, according to the National Health Survey, 2013*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(2), 327–338. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015212.23602015>
- Teixeira, D. B. S. (2016). Atenção à saúde do homem: análise da sua resistência na procura dos serviços de saúde. *Revista Cubana de Enfermería*, 32(4).

Anexo A - Casos de HIV (número e percentual) notificados no Sinan segundo sexo e escolaridade por ano de diagnóstico (Brasil, 2007-2023)

Variáveis	2007-2011		2012		2013		2014		2015		2016		2017		2018		2019		2020		2021		2022		2023		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Escolaridade ⁽³⁾																												
Masculino																												
Analfabeto	300	0,9	77	0,7	114	0,8	224	1,0	271	1,0	329	1,1	326	1,0	403	1,2	429	1,3	253	0,9	319	1,0	341	1,1	150	1,0	3536	1,0
1ª à 4ª série incompleta	1632	5,0	394	3,8	553	3,8	983	4,4	1061	3,8	1212	4,0	1277	3,8	1331	3,9	1254	3,7	907	3,3	902	2,9	1026	3,2	511	3,4	13043	3,8
4ª série completa	1326	4,1	340	3,3	421	2,9	679	3,1	794	2,8	783	2,6	834	2,5	859	2,5	855	2,5	591	2,2	644	2,0	621	1,9	271	1,8	9018	2,6
5ª à 8ª série incompleta	3844	11,8	1088	10,5	1443	10,0	2124	9,6	2717	9,7	2683	8,9	2962	8,9	2891	8,5	2871	8,4	2077	7,6	2179	6,9	2280	7,1	1043	7,0	30202	8,8
Fundamental completo	2673	8,2	718	6,9	1091	7,5	1505	6,8	1847	6,6	1973	6,5	2045	6,1	2089	6,2	1985	5,8	1651	6,1	1729	5,5	1784	5,6	817	5,5	21907	6,3
Médio incompleto	2146	6,6	686	6,6	963	6,7	1507	6,8	2044	7,3	2269	7,5	2540	7,6	2597	7,6	2630	7,7	2125	7,8	2524	8,0	2339	7,3	1126	7,6	25496	7,4
Médio completo	6481	19,9	2265	21,9	3141	21,7	4817	21,8	6243	22,2	6888	22,7	7664	22,9	8208	24,2	8715	25,6	7234	26,5	8737	27,7	8929	27,9	4352	29,2	83674	24,2
Superior incompleto	1863	5,7	825	8,0	1132	7,8	1873	8,5	2348	8,4	2539	8,4	3159	9,5	3049	9,0	3062	9,0	2428	8,9	2745	8,7	2438	7,6	1095	7,3	28556	8,3
Superior completo	3725	11,4	1413	13,7	1997	13,8	2810	12,7	3471	12,3	3693	12,2	4245	12,7	4226	12,4	4415	13,0	3679	13,5	4179	13,2	4023	12,6	1886	12,7	43762	12,7
Não se aplica	167	0,5	45	0,4	50	0,3	60	0,3	47	0,2	57	0,2	70	0,2	51	0,2	62	0,2	34	0,1	49	0,2	53	0,2	17	0,1	762	0,2
Ignorado	8481	26,0	2495	24,1	3563	24,6	5545	25,1	7272	25,9	7882	26,0	8298	24,8	8262	24,3	7731	22,7	6281	23,0	7550	23,9	8114	25,4	3639	24,4	85113	24,7
Total	32638	100,0	10346	100,0	14468	100,0	22127	100,0	28115	100,0	30308	100,0	33420	100,0	33966	100,0	34009	100,0	27260	100,0	31557	100,0	31948	100,0	14907	100,0	345069	100,0
Feminino																												
Analfabeto	310	1,5	97	1,8	125	1,7	201	2,0	238	2,0	223	1,8	282	2,2	259	2,0	280	2,2	176	1,8	189	1,7	212	1,9	106	2,0	2698	1,9
1ª à 4ª série incompleta	1511	7,4	363	6,6	509	6,8	773	7,5	925	7,6	909	7,3	916	7,1	959	7,4	883	7,0	623	6,4	642	5,8	715	6,3	334	6,3	10062	7,0
4ª série completa	1190	5,8	293	5,3	384	5,2	528	5,1	633	5,2	576	4,6	586	4,5	619	4,8	537	4,2	449	4,6	457	4,1	413	3,6	205	3,9	6870	4,8
5ª à 8ª série incompleta	3772	18,5	1042	18,8	1359	18,2	1821	17,7	2118	17,4	2099	16,9	2037	15,8	2045	15,8	1941	15,3	1399	14,3	1586	14,3	1477	12,9	626	11,8	23322	16,2
Fundamental completo	2093	10,3	546	9,9	760	10,2	945	9,2	1168	9,6	1125	9,0	1191	9,2	1138	8,8	1152	9,1	860	8,8	911	8,2	937	8,2	440	8,3	13266	9,2
Médio incompleto	1411	6,9	455	8,2	568	7,6	790	7,7	966	8,0	1070	8,6	1203	9,3	1174	9,1	1205	9,5	879	9,0	1034	9,3	1104	9,7	543	10,2	12402	8,6
Médio completo	3255	16,0	960	17,4	1225	16,4	1733	16,8	2051	16,9	2200	17,7	2317	17,9	2455	19,0	2578	20,3	2109	21,6	2453	22,1	2549	22,3	1251	23,6	27136	18,8
Superior incompleto	370	1,8	115	2,1	136	1,8	231	2,2	292	2,4	350	2,8	309	2,4	323	2,5	328	2,6	246	2,5	261	2,4	294	2,6	123	2,3	3378	2,3
Superior completo	712	3,5	198	3,6	244	3,3	349	3,4	421	3,5	467	3,8	478	3,7	510	3,9	480	3,8	443	4,5	479	4,3	500	4,4	222	4,2	5503	3,8
Não se aplica	199	1,0	52	0,9	58	0,8	74	0,7	74	0,6	79	0,6	84	0,6	69	0,5	68	0,5	56	0,6	53	0,5	52	0,5	10	0,2	928	0,6
Ignorado	5524	27,1	1412	25,5	2080	27,9	2859	27,7	3261	26,8	3342	26,9	3530	27,3	3385	26,2	3235	25,5	2510	25,7	3038	27,4	3172	27,8	1451	27,3	38799	26,9
Total	20347	100,0	5533	100,0	7448	100,0	10304	100,0	12147	100,0	12440	100,0	12933	100,0	12936	100,0	12687	100,0	9750	100,0	11103	100,0	11425	100,0	5311	100,0	144364	100,0
Total ⁽⁴⁾																												
Analfabeto	610	1,6	174	1,5	229	1,5	425	1,8	509	1,7	552	1,8	608	1,8	662	1,9	709	2,0	429	1,5	508	1,6	553	1,7	256	1,7	6234	1,7
1ª à 4ª série incompleta	3143	8,1	757	6,4	1062	6,6	1756	7,3	1986	6,7	2121	6,8	2193	6,4	2290	6,5	2137	6,0	1530	5,4	1544	4,8	1741	5,4	845	5,6	23105	6,4
4ª série completa	2516	6,5	633	5,3	805	5,0	1207	5,1	1427	4,8	1359	4,3	1420	4,1	1478	4,2	1392	3,9	1040	3,7	1101	3,4	1034	3,2	476	3,2	15888	4,4
5ª à 8ª série incompleta	7616	19,7	2130	17,9	2802	17,3	3945	16,5	4835	16,3	4782	15,2	4999	14,5	4936	14,0	4812	13,5	3476	12,4	3765	11,8	3757	11,7	1669	11,1	53524	14,7
Fundamental completo	4766	12,3	1264	10,6	1851	11,5	2450	10,3	3015	10,2	3098	9,9	3236	9,4	3227	9,2	3137	8,8	2511	8,9	2640	8,3	2721	8,5	1257	8,3	35173	9,7
Médio Incompleto	3557	9,2	1141	9,6	1531	9,5	2297	9,6	3010	10,2	3339	10,6	3743	10,9	3771	10,7	3835	10,8	3004	10,7	3558	11,1	3443	10,8	1669	11,1	37898	10,4
Médio completo	9736	25,2	3225	27,2	4366	27,0	6550	27,4	8294	28,0	9088	29,0	9981	29,0	10663	30,3	11293	31,7	9343	33,2	11190	35,0	11478	35,9	5603	37,1	110810	30,5
Superior incompleto	2233	5,8	940	7,9	1268	7,8	2104	8,8	2640	8,9	2889	9,2	3468	10,1	3372	9,6	3390	9,5	2674	9,5	3006	9,4	2732	8,5	1218	8,1	31934	8,8
Superior completo	4437	11,5	1611	13,6	2241	13,9	3159	13,2	3892	13,1	4160	13,3	4723	13,7	4736	13,5	4895	13,8	4122	14,7	4658	14,6	4523	14,1	2108	14,0	49265	13,5
Subtotal	38614	72,9	11875	74,8	16165	73,8	23893	73,7	29608	73,5	31388	73,4	34371	74,2	35135	74,9	35600	76,2	28129	76,0	31970	74,9	31982	73,7	15101	74,7	363831	74,3
Não se aplica	366	0,7	97	0,6	108	0,5	134	0,4	121	0,3	136	0,3	154	0,3	120	0,3	130	0,3	90	0,2	102	0,2	105	0,2	27	0,1	1690	0,3
Ignorado	14005	26,4	3907	24,6	5643	25,7	8404	25,9	10533	26,2	11224	26,3	11828	25,5	11647	24,8	10966	23,5	8791	23,8	10588	24,8	11286	26,0	5090	25,2	123912	25,3
Total	52985	100,0	15879	100,0	21916	100,0	32431	100,0	40262	100,0	42748	100,0	46353	100,0	46902	100,0	46696	100,0	37010	100,0	42660	100,0	43373	100,0	20218	100,0	489433	100,0

Fonte: MS/SVISA/Sistema de Informação de Agravos de Notificação.

Notas: (1) Casos notificados no Sinan até 30/06/2023. (2) Dados preliminares para os últimos cinco anos. (3) Categorias de escolaridade do Sinan-Net, conforme classificação IBGE de 2006. (4) 161 casos ignorados com relação ao sexo.

Anexo B - Casos de HIV notificados no Sinan (número e percentual) em indivíduos com 13 anos de idade ou mais, segundo categoria de exposição hierarquizada, por faixa etária e ano de diagnóstico (Brasil, 2016-2022)

		Masculino				Feminino			
		2016		2022		2016		2022	
		n	%	n	%	n	%	n	%
13 a 19 anos	Homossexual	1051	61,1	852	59,8	0	0,0	0	0,0
	Bissexual	166	9,6	188	13,2	0	0,0	0	0,0
	Heterossexual	248	14,4	197	13,8	783	85,2	508	84,2
	UDI	21	1,2	7	0,5	6	0,7	8	1,3
	Hemofílico	2	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Transfusão	0	0,0	1	0,1	0	0,0	0	0,0
	Acid. material biológico	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Transmissão vertical	45	2,6	43	3,0	40	4,4	35	5,8
	Ignorado	188	10,9	137	9,6	90	9,8	52	8,6
	Total	1721	100,0	1425	100,0	919	100,0	603	100,0
20 a 29 anos	Homossexual	7336	58,3	7755	59,6	0	0,0	0	0,0
	Bissexual	1057	8,4	1359	10,4	0	0,0	0	0,0
	Heterossexual	2474	19,7	2150	16,5	2855	85,9	2454	87,5
	UDI	150	1,2	120	0,9	44	1,3	26	0,9
	Hemofílico	1	0,0	4	0,0	0	0,0	0	0,0
	Transfusão	1	0,0	0	0,0	1	0,0	3	0,1
	Acid. material biológico	1	0,0	1	0,0	1	0,0	3	0,1
	Transmissão vertical	120	1,0	226	1,7	69	2,1	74	2,6
	Ignorado	1439	11,4	1403	10,8	354	10,6	244	8,7
	Total	12579	100,0	13018	100,0	3324	100,0	2804	100,0
30 a 39 anos	Homossexual	3377	40,0	3770	42,9	0	0,0	0	0,0
	Bissexual	621	7,4	756	8,6	0	0,0	0	0,0
	Heterossexual	2904	34,4	2685	30,5	3075	86,3	2518	84,7
	UDI	151	1,8	125	1,4	44	1,2	52	1,7
	Hemofílico	0	0,0	3	0,0	0	0,0	0	0,0
	Transfusão	1	0,0	1	0,0	2	0,1	0	0,0
	Acid. material biológico	3	0,0	2	0,0	1	0,0	1	0,0
	Transmissão vertical	81	1,0	150	1,7	43	1,2	75	2,5
	Ignorado	1301	15,4	1306	14,8	397	11,1	326	11,0
	Total	8439	100,0	8798	100,0	3562	100,0	2972	100,0
40 a 49 anos	Homossexual	1080	25,2	1306	27,2	0	0,0	0	0,0
	Bissexual	313	7,3	355	7,4	0	0,0	0	0,0
	Heterossexual	1968	45,9	2117	44,1	2104	85,1	2194	84,4
	UDI	100	2,3	82	1,7	21	0,8	30	1,2
	Hemofílico	3	0,1	2	0,0	0	0,0	0	0,0
	Transfusão	2	0,0	0	0,0	1	0,0	1	0,0
	Acid. material biológico	0	0,0	1	0,0	1	0,0	0	0,0
	Transmissão vertical	41	1,0	62	1,3	24	1,0	40	1,5
	Ignorado	784	18,3	875	18,2	320	13,0	336	12,9
	Total	4291	100,0	4800	100,0	2471	100,0	2601	100,0
50 anos ou mais	Homossexual	452	15,2	623	17,1	0	0,0	0	0,0
	Bissexual	213	7,2	230	6,3	0	0,0	0	0,0
	Heterossexual	1570	52,8	1817	50,0	1623	82,6	1936	83,5
	UDI	52	1,7	36	1,0	10	0,5	12	0,5
	Hemofílico	0	0,0	2	0,1	0	0,0	0	0,0
	Transfusão	1	0,0	2	0,1	3	0,2	0	0,0
	Acid. material biológico	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Transmissão vertical	33	1,1	57	1,6	19	1,0	31	1,3
	Ignorado	654	22,0	869	23,9	309	15,7	339	14,6
	Total	2975	100,0	3636	100,0	1964	100,0	2318	100,0

Fonte: MS/SVSA/Sistema de Informação de Agravos de Notificação.

Anexo C - Descrição das entrevistas

DADOS DO ENTREVISTADO

Entrevistado: 01

Idade: 33

Estado civil: Solteiro

Escolaridade: Nível superior completo

Gênero: Homem cisgênero

Orientação sexual: Homossexual

Com que reside: Família

Condição do estado do vírus: Indetectável

Tempo de diagnóstico de HIV: Não lembro

Reação quando recebeu o diagnóstico: “Quando vi o resultado, foi horrível, eu chorei muito, depois sai de casa e fiquei o dia todo na rua meio que sem chão”

Sentimentos vividos ao se perceber infectado: Eu fiquei sem chão [...]

Se faz algum acompanhamento terapêutico: Não

SOBRE AS RELAÇÕES AMOROSAS

Quantas relações amorosas teve antes e depois do diagnóstico: “Antes tive duas experiências amorosas e após nenhuma”.

Como se desenrolavam as relações amorosas antes de estar infectado: “De boa”.

Como se desenrolaram as relações amorosas após estar infectado: “Não acontece [...] Mas quando chega nesse ponto eu fico meio assim... [silêncio]”.

A reação dos parceiros ao tomarem conhecimento da condição sorológica: “Então, desde esse tempo para cá, nunca houve essa questão de ter que abrir, ressalvo na época que recebi o

diagnóstico, pois eu estava me relacionando na época e eu tinha que dizer. Ele era bem cabeça aberta e até me ajudou. Ficamos um tempo ainda, mas sorologia não foi um fator determinante para nosso término”.

Se houve mudança na forma de amar e ser amado após estar infectado: “Sim, após eu ainda não vivi essas experiências. Então, eu não descarto as possibilidades, vai acontecer se acontecer e eu me sentir aberto a falar, eu falo! Mas eu também não vou iniciar meu relacionamento sem contar”.

Se a forma como a sociedade trata a pessoa soropositiva interfere nas escolhas e na intimidade das relações amorosas:

“A maioria... [silêncio], é como se [...] [silêncio], sinceramente falando, como se a gente nem existisse, sabe? É como se [...] Por isso que às vezes a gente se sente bem retraído de como está, justamente por medo das respostas de como esses homens vão me enxergar”.

OBS: Durante a entrevista ele apresentou pausas e silêncios no que concerne as questões voltadas para o laço amoroso.

DADOS DO ENTREVISTADO

Entrevistado: 02

Idade: 42

Estado civil: Casado

Escolaridade: Nível superior completo

Gênero: Homem cisgênero

Orientação sexual: Homossexual

Com que reside: Esposo

Condição do estado do vírus: Indetectável

Tempo de diagnóstico de HIV: 5 anos

Reação quando recebeu o diagnóstico: Foi tranquilo [...] [silêncio]

Sentimentos vividos ao se perceber infectado: “Fiquei surpreso, tive algumas dúvidas sobre a minha infecção, mas eu não poderia provar nada, após o término da relação descobri muitas traições”

Se faz algum acompanhamento terapêutico: Sim

SOBRE AS RELAÇÕES AMOROSAS

Quantas relações amorosas teve antes e depois do diagnóstico: “Antes em média cinco, e após duas”.

Como se desenrolavam as relações amorosas antes de estar infectado: “De modo tranquilo”.

Como se desenrolaram as relações amorosas após estar infectado: “Foi possível, o primeiro recebeu o diagnóstico junto comigo e o segundo já convivia tbm antes de se relacionar comigo. No meu caso, eu fico mais tranquilo, pois estou em uma relação onde somos pessoas que vivem com o vírus”

A reação dos parceiros ao tomarem conhecimento da condição sorológica: “Ambos foram compreensivos o primeiro começou o tratamento junto e o segundo já entendia pois vivia a mesma coisa”.

Se houve mudança na forma de amar e ser amado após estar infectado: “Nada, nada, porque eu já me sentia extremamente amado antes do diagnóstico e me sinto extremamente amado depois do diagnóstico. O diagnóstico para mim, ele não tem peso, sabe? Talvez o maior peso seja, não da pessoa que eu esteja, ou família, amigo, então é um problema mais social, não exatamente afetivo, amoroso”.

Se a forma como a sociedade trata a pessoa soropositiva interfere nas escolhas e na intimidade das relações amorosas:

“Não, o fato da maioria das pessoas ter o sentimento mais de pena. Tipo olham para você: ah, coitadinho, vira as costas e vai embora. Mas é possível viver feliz e ter uma relação amorosa”.

DADOS DO ENTREVISTADO

Entrevistado: 03

Idade: 54

Estado civil: Viúvo

Escolaridade: Nível superior completo

Gênero: Homem cisgênero

Orientação sexual: Homossexual

Com que reside: Sozinho

Condição do estado do vírus: Indetectável

Tempo de diagnóstico de HIV: 7 anos

Reação quando recebeu o diagnóstico: “Muito mal pensei que a vida fosse acabar ali, tendo em vista que minha infecção se deu por meio de uma transfusão de sangue em um procedimento cirúrgico, antes do acontecimento eu tinha uma visão muito negativa sobre”

Sentimentos vividos ao se perceber infectado: Pensei que eu estava morto, que não era possível continuar a vida. Me indaguei: o que vou fazer? Todo esse barulho dentro da minha cabeça”.

Se faz algum acompanhamento terapêutico: Não

SOBRE AS RELAÇÕES AMOROSAS

Quantas relações amorosas teve antes e depois do diagnóstico: “Uma antes e durante o descobrimento do diagnóstico e uma depois”.

Como se desenrolavam as relações amorosas antes de estar infectado: “Tudo tranquilo, só enfrentar o preconceito por ser um casal gay”.

Como se desenrolaram as relações amorosas após estar infectado: “Tranquila, eles me compreenderam, eu disse a um deles: eu não vou fazer mal para você e para ninguém”

A reação dos parceiros ao tomarem conhecimento da condição sorológica: “Foi normal, ele me aceitou”.

Se houve mudança na forma de amar e ser amado após estar infectado: “Não, pois quando fui diagnosticado, eu estava com o primeiro parceiro, já morávamos juntos. Apesar de que foi terrível o diagnóstico, mas a minha transmissão de HIV foi por uma cirurgia, não foi por uma relação por fora. Então, nosso amor foi preservado não houve um abalo por isso”.

Se a forma como a sociedade trata a pessoa soropositiva interfere nas escolhas e na intimidade das relações amorosas: “De certo modo sim, pois as pessoas terminam pensando que você está fora da vida. Então, acho que a sociedade e as pessoas não entendem acham que HIV é Aids. Isso dificulta muito”.

DADOS DO ENTREVISTADO

Entrevistado: 04

Idade: 30 anos

Estado civil: Solteiro

Escolaridade: Nível superior completo

Gênero: Homem cisgênero

Orientação sexual: Homossexual

Com que reside: Sozinho

Condição do estado do vírus: Indetectável

Tempo de diagnóstico de HIV: 4 anos

Reação quando recebeu o diagnóstico: A sensação que a vida tinha acabado.

Sentimentos vividos ao se perceber infectado: “Na minha cabeça ser gay já era um grande defeito, mas acho que a gente também cresceu com esse negócio se você for gay você vai morrer sozinho. O diagnóstico reforçou todo esse sentimento que eu já tinha construído. Eu me sentia sujo, culpado, principalmente culpado”.

Se faz algum acompanhamento terapêutico: Sim.

SOBRE AS RELAÇÕES AMOROSAS

Quantas relações amorosas teve antes e depois do diagnóstico: “Um grande amor antes de depois dois”.

Como se desenrolavam as relações amorosas antes de estar infectado: “Eu era meio travado por conta da minha criação”

Como se desenrolaram as relações amorosas após estar infectado: “Era uma possibilidade que já me preocupava, tipo: será que vou me relacionar? Quando eu percebo que eu quero alguma coisa a mais, ou quando o sentimento é mais forte, eu já conto sobre minha sorologia,

bem como a gente só vai transar depois que ele souber e quando ele sabe me parece que construímos outro nível de intimidade”.

A reação dos parceiros ao tomarem conhecimento da condição sorológica: “Muita aceitação e acolhimento”.

Se houve mudança na forma de amar e ser amado após estar infectado: “Eu tinha uma cabeça muito preconceituosa, me parece que era uma questão mais minha do que deles. Um tomava PrEP e parece que a gente se esquecia. Já o outro após um ano do término nos reencontramos ele me falou que tinha se infectado, não comigo, mas saber disso me deixou mais ligado a ele. Já me senti inseguro, diante do outro por conta disso”.

Se a forma como a sociedade trata a pessoa soropositiva interfere nas escolhas e na intimidade das relações amorosas: “Sem querer romantizar a questão que se a pessoa ficar presa no preconceito pode atrapalhar, mas se for uma pessoa aberta vejo até como algo positivo no meu caso a gente criou até mais intimidade”.

DADOS DO ENTREVISTADO

Entrevistado: 05

Idade: 24 anos

Estado civil: Namorando

Escolaridade: Nível médio completo

Gênero: Homem cisgênero

Orientação sexual: Homossexual

Com que reside: Familiares

Condição do estado do vírus: Indetectável

Tempo de diagnóstico de HIV: 2 anos

Reação quando recebeu o diagnóstico: Tive um impacto [...] [silêncio]

Sentimentos vividos ao se perceber infectado: Fiquei pensativo [silêncio]

Se faz algum acompanhamento terapêutico: Sim

SOBRE AS RELAÇÕES AMOROSAS

Quantas relações amorosas teve antes e depois do diagnóstico: Antes, nada muito prolongado, acho que aproximadamente três meses. E atualmente, estou em uma relação séria”.

Como se desenrolavam as relações amorosas antes de estar infectado: “Eu nunca tive uma relação muito séria antes”.

Como se desenrolaram as relações amorosas após estar infectado: “Não é uma coisa simples, pois a maioria das pessoas não conhecem. Sempre fica essa dúvida: Ele fala que me ama, mas como é que vou saber?”.

A reação dos parceiros ao tomarem conhecimento da condição sorológica: “Ainda ele não sabe, mas estou me preparando para isso”.

Se houve mudança na forma de amar e ser amado após estar infectado: “Não tenho como te responder”.

Se a forma como a sociedade trata a pessoa soropositiva interfere nas escolhas e na intimidade das relações amorosas: “Sim, pois há uma grande desinformação por parte das pessoas, isso gera um sentimento de dúvida diante do outro”.

OBS: O entrevistado inicialmente se mostrou bastante desconfortável com a entrevista, ela foi marcada por muitas pausas.

DADOS DO ENTREVISTADO

Entrevistado: 06

Idade: 31anos

Estado civil: Namorando

Escolaridade: Nível superior incompleto

Gênero: Homem cisgênero

Orientação sexual: Homossexual

Com que reside: Sozinho

Condição do estado do vírus: Indetectável

Tempo de diagnóstico de HIV: Não sei e nem quero lembrar

Reação quando recebeu o diagnóstico: “Desespero, pois a gente pensa que nunca vai acontecer com a gente, primeiro é aquele monstro e depois fui aprendendo a manter a calma e seguir, mas às vezes bate”.

Sentimentos vividos ao se perceber infectado: “Eu sentia que eu ia morrer, foi uma queda, terminei desenvolvendo uma depressão, eu sentia uma queda, paralisia, o fim de tudo e uma tristeza, mas tem que seguir né?”

Se faz algum acompanhamento terapêutico: Não

SOBRE AS RELAÇÕES AMOROSAS

Quantas relações amorosas teve antes e depois do diagnóstico: “Três antes e uma depois”.

Como se desenrolavam as relações amorosas antes de estar infectado: “Normal”.

Como se desenrolaram as relações amorosas após estar infectado: “Eu tenho muito medo, fico inseguro, pois foi nessa relação que me infectei, eu fiquei marcado e ele não”.

A reação dos parceiros ao tomarem conhecimento da condição sorológica: “Ele me apoiou muito”.

Se houve mudança na forma de amar e ser amado após estar infectado: “Muito medo, medo dele me deixar, pois eu infectei e ele continuo comigo”.

Se a forma como a sociedade trata a pessoa soropositiva interfere nas escolhas e na intimidade das relações amorosas: “Sim, eu acho a cabeça das pessoas muito ignorante”

OBS: O Referido entrevistado aceitou participar da entrevista, mas apresentou uma resistência muito grande ao que tange a sua identificação, bem como, um grande receio em assinar o TCLE, por medo de sua identidade ser exposta ou algo desta ordem, durante suas respostas, o mesmo apresentavam certa angústia e choro recorrente, pois relatava a dificuldade em falar dessas questões, pois o mesmo relatava que era algo que ainda machucava, sendo algo que não falava com ninguém.

DADOS DO ENTREVISTADO

Entrevistado: 07

Idade: 26 anos

Estado civil: Solteiro

Escolaridade: Nível médio completo

Gênero: Homem cisgênero

Orientação sexual: Demissexual

Com que reside: Sozinho

Condição do estado do vírus: Indetectável

Tempo de diagnóstico de HIV: 1 ano

Reação quando recebeu o diagnóstico: Tristeza, o sentimento que fui traído

Sentimentos vividos ao se perceber infectado: Muita dor

Se faz algum acompanhamento terapêutico: Sim

SOBRE AS RELAÇÕES AMOROSAS

Quantas relações amorosas teve antes e depois do diagnóstico: “Nenhuma”.

Como se desenrolavam as relações amorosas antes de estar infectado: “Eu acreditava nas pessoas e no amor”.

Como se desenrolaram as relações amorosas após estar infectado: “Ainda não houve”.

A reação dos parceiros ao tomarem conhecimento da condição sorológica: “Não sei responder”.

Se houve mudança na forma de amar e o ser amado após estar infectado: “Sim, eu confiei, você quando está se relacionando você confia e foi nesse confiar que infelizmente aconteceu. Amar é algo particular, nem toda concepção de ser amado é amor, após o diagnóstico, como é esse amor? pois amar é cuidar, e não houve cuidado”

Se a forma como a sociedade trata a pessoa soropositiva interfere nas escolhas e na intimidade das relações amorosas:

“Total, pois é muito preconceituosa”

OBS: O Entrevistado citado acima se mostrou bastante sensível e chorou durante toda a entrevistas, entre pausas, lágrimas e silêncio falava da dificuldade que tinha em falar do assunto, mas da importância da pesquisa como uma forma de ajudar pessoas que convivem com o vírus.

DADOS DO ENTREVISTADO

Entrevistado: 08

Idade: 43

Estado civil: Solteiro

Escolaridade: Nível superior incompleto

Gênero: Homem cisgênero

Orientação sexual: Homossexual

Com que reside: Sozinho

Condição do estado do vírus: Indetectável

Tempo de diagnóstico de HIV: 6 anos

Reação quando recebeu o diagnóstico: “Muito difícil, pois foi fruto de um abuso sexual, meio como se fosse uma roleta russa e eu não sabia, eu demorei a fazer o exame, no fundo era como se eu já soubesse que tinha”.

Sentimentos vividos ao se perceber infectado: “Levando em consideração a cena da infecção, eu já esperava, minha dor maior foi a violência em virtude de toda situação e passar por isso sozinho, ainda é muito doloroso”.

Se faz algum acompanhamento terapêutico: Não

SOBRE AS RELAÇÕES AMOROSAS

Quantas relações amorosas teve antes e depois do diagnóstico: “Antes, eu tive três e depois uma”.

Como se desenrolavam as relações amorosas antes de estar infectado: “Era tranquilo [...] [silêncio]”.

Como se desenrolaram as relações amorosas após estar infectado: “É complicado, alguém aceitar, ainda não me sinto à vontade para me expor, até porque, eu não sou obrigado a falar a ninguém, pois eu sei das minhas responsabilidades para com o outro”.

A reação dos parceiros ao tomarem conhecimento da condição sorológica: “Até hoje nunca falei para ninguém que me relacionei, pois, a gente nunca sabe qual vai ser a reação da pessoa, nisso, eu sempre me cuidei”.

Se houve mudança na forma de amar e ser amado após estar infectado:

“Quando eu conheço alguém que me interessa ou tem essa possibilidade, eu tento não me apegar, é complicado até que ponto se pode se confiar para dizer da sorologia, me afasto por medo, mas eu gostaria de viver uma relação amorosa”.

Se a forma como a sociedade trata a pessoa soropositiva interfere nas escolhas e na intimidade das relações amorosas:

“Sim, o fato de o discurso social produzir um preconceito muito grande, ou seja, tem homens que se submetem está em uma relação nem tanto pelo amor, mas pelo fato do outro aceitar a sua sorologia”.

OBS: O Referido participante foi bem solícito ao receber o convite, todas em algumas perguntas se emocionou, especialmente as que eram voltadas sobre a relação amorosa, apresentando alta demanda de fala, pelo fato de viver em silêncio diante da situação, por não confiar nas pessoas, em virtude do preconceito que se mostra em situações outras. Assim, sendo um assunto so partilhado com um amigo, pelo fato de o mesmo partilhar o mesmo diagnóstico.