

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL

**CASAIS SORODISCORDANTES:
CONJUGALIDADE,
PRÁTICAS SEXUAIS E HIV/AIDS**

Ivia Maksud

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor em Saúde Coletiva, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – área de concentração em Ciências Humanas e Saúde, do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

**Orientador:
Profa. Dra. Maria Luiza Heilborn**

**Rio de Janeiro
2007**

FOLHA DE APROVAÇÃO

Ivia Maksud

Casais sorodiscordantes: conjugalidade, práticas sexuais e HIV/AIDS

Aprovada em _____ de _____ de _____.

Profa. Dra. Maria Luiza Heilborn (orientadora)
IMS-UERJ

Prof. Dr. Sérgio Carrara
IMS-UERJ

Profa. Dra. Jane Russo
IMS-UERJ

Profa. Dra. Daniela Riva Knauth
UFRGS

Prof. Dr. Veriano Terto Jr.
ABIA

Como é por dentro outra pessoa
Quem é que o saberá sonhar?
A alma de outrem é outro universo
Como que não há comunicação possível,
Com que não há verdadeiro entendimento.
Nada sabemos da alma
Senão da nossa;
As dos outros são olhares,
São gestos, são palavras,
Com a suposição de qualquer semelhança
No fundo.

(Fernando Pessoa,
Como é por dentro outra pessoa)

RESUMO

Esta tese examina, a partir de uma perspectiva sócio-antropológica, como se dão as relações conjugais entre *casais sorodiscordantes* para o HIV/AIDS. A partir de entrevistas com ambos os parceiros são investigadas a constituição do casal, a descoberta da soropositividade, a revelação ao parceiro, a gestão da vida sexual e dos cuidados com a saúde. Discute-se a articulação entre gênero e soropositividade, e se esta condição promove a elaboração de uma identidade social específica. O estudo evidenciou que os preceitos da saúde pública sobre o risco presente no exercício da sexualidade são continuamente negociados. Tal processo não é percebido da mesma forma pelos parceiros, produzindo tensões e dilemas no casal e no relacionamento com familiares e rede de sociabilidade. Ao explicitar o discurso sobre os significados das sorodiscordância, esta tese contribui para a compreensão do estigma que cerca o HIV/AIDS na sociedade brasileira.

ABSTRACT

This thesis examines from a social anthropological perspective how conjugal relationships between HIV-serodiscordant couples occur. Through interviews conducted with both partners it was possible to investigate: the couple constitution, the detection of seropositivity for HIV, the revelation of serostatus to the partner and, the sexual life management and health's care. The articulation between gender and seropositivity is discussed and whether this situation promotes the creation of a specific social identity. The study indicates that the public health principles about risks related to sexual activity are constantly negotiated. This process is not perceived in the same way by the couples and consequently causing tensions and dilemmas between them and, in their relationship with family members and their social network. On the discourse about the meanings of serodiscordance this thesis contributes to the understanding of stigma and HIV/AIDS in the Brazilian society.

AGRADECIMENTOS

Esta tese contém muitas marcas e aprendizados pessoais. Algumas pessoas fizeram parte do processo, de diferentes maneiras.

À professora Maria Luiza Heilborn, minha orientadora, quero expressar minha profunda admiração intelectual. Agradeço por me ensinar, desde a graduação, o ofício de antropóloga.

Ao professor Sérgio Carrara, sou grata pelo diálogo frutífero, pelo estímulo à reflexão e pela recepção em suas disciplinas de orientação.

À professora Jane Russo meu reconhecimento por sua generosa contribuição ao projeto e por sua dedicação em disciplinas de orientação, das quais esta tese muito se beneficia.

Ao professor Veriano Terto Jr, agradeço o aprendizado cotidiano e a amizade. Seu compromisso com a transformação social é para mim um exemplo permanente.

À professora Daniela Knauth, agradeço o interesse em discutir as idéias iniciais desta tese, bem como suas valiosas sugestões.

Ao professor Michel Bozon, sou grata por contribuições importantes na definição de primeiros passos.

À professora Rachel Aisengart Menezes agradeço o empenho, a leitura atenta dos originais e as sugestões que tornaram o texto mais claro e fluido para a leitura.

Agradeço ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Medicina Social da UERJ, no qual realizei minha formação das ciências sociais voltadas para o diálogo com a saúde, e ao CNPq pela concessão de bolsa e pelo apoio à participação em congressos acadêmicos.

Agradeço aos professores Fabíola Rohden, Kenneth Camargo, Marilena Corrêa e Laura Moutinho, que contribuíram de diferentes formas para esta tese.

Aos funcionários do IMS dirijo meus agradecimentos: Márcia Cristina Bezerra e Marcos Paulo Nascimento, e Regina Tinoco, bibliotecária.

Agradeço ao Programa de Estudos em Gênero, Sexualidade e Saúde do IMS/UERJ, e ao Centro Latino-Americano de Sexualidade e Direitos Humanos do IMS/UERJ pelas diversas formas de apoio concedido no período do mestrado e do doutorado.

Sou grata ao IPEC/FIOCRUZ, em especial à Dra. Beatriz Grinstejn e Dra. Valdileia Veloso, que permitiram o acesso a entrevistados presentes nesta tese. Ao colega Nilo Fernandes quero agradecer a atenção e valiosa interlocução. Sou grata também a Vanderlete do Nascimento, por ter contribuído no contato com possíveis informantes.

Agradeço à Revista Saber Viver e às suas editoras, Silvia Chalub e Adriana Gomez, por terem me franqueado seu público através de uma notícia sobre a pesquisa.

Sou grata à ABIA, ao professor Richard Parker, à Cristina Pimenta, Sonia Correa, Cláudio Ricardo Oliveira, Angela Collet, Luciana Kamel, Marclei Guimarães, Silvana Moreira, Marmo Guimarães, os jovens da Companhia da Saúde e a toda a equipe, pela compreensão, apoio e constante aprendizagem.

A meus pais, Jorge e Meri Maksud, e ao meu irmão, Jorginho Maksud, agradeço pelo constante apoio, compreensão e amizade.

Agradecimentos a Luís Otávio Farias, pela cumplicidade e parceria que me ajudaram a chegar ao doutorado; a Cristina Farias, Wilma Ferraz, Cynthia Souza e Renata Reis, pela amizade e apoio incondicional, a Juan Carlos Raxach, pela confiança irrestrita e “por permitir que eu seja a única teórica em sua vida”; a Antonio Leitão pela compreensão e presença.

Gostaria de agradecer a Debora Fontenelle, Paulo Eugênio Clemente, Marcio Fonseca, Luís Felipe Rios e Roberta Verdadeiro, pelo vínculo constante e apoio em momentos difíceis. Ao Henrique agradeço pelas músicas que acompanharam a redação dos capítulos.

Agradeço à amizade e colaboração para a conclusão desta tese a Ricardo Salles Molnar, Vanessa Monteiro Cardoso, Gabriela Chaves, Aline Lopes, Jonathan Garcia, Frederico Nunes, Tatiana Moreira e Thiago Garcia.

A Ruth Helena Britto, Luciana Oliveira, Mónica Franch, Leandro Oliveira, Marcelo Natividade, Paula Lacerda, Igor Torres, Eliane Vargas, Adriana Lemos e Anna Vencato, agradeço a interlocução, companhia e preciosas dicas.

Sempre serei grata a Anna Paulla Uziel pela confiança e impulso à minha atividade docente. A Elaine Reis Brandão, Mauro Brigeiro, Cristiane Cabral, Andréia Barreto e Jacqueline Costa e Fábio Pereira agradeço a convivência e amizade.

Agradeço a Dorita Medeiros, que esteve ao meu lado em momentos de esmorecimento, e à constante presença de Leonardo Cardoso, Simone Sartore, Fernanda Adayme, Luciene Alvarez, Cristiane C.M. Barreiros, Tatiana Lobo, Tatiana e Luís Ricardo Westin, Jeanette, Mara, Clara e Mariah Farias, Maíra Kneipp, Joana Schroeder, Lucca Barría, Yuri Leite, Liliana Ostrovski, Roberto Marques e Raquel Lau.

A Claudio Barría, agradeço a participação em minha vida, em nome da poesia, do fantástico, do jazz, do vinho e da utopia.

Minha gratidão a todos os entrevistados, pela disponibilidade, compreensão e por compartilhar suas histórias, que possibilitaram a elaboração das reflexões que se seguem.

Ao tio Pedro Maksud
(*in memoriam*),
pela entusiasmada torcida

SUMÁRIO

Introdução	10
Capítulo 1. HIV/AIDS e sorodiscordância	24
1.1. Epidemia de HIV/AIDS no Brasil.....	25
1.2. Relações de gênero.....	41
1.3. Pesquisando casais sorodiscordantes.....	50
Campo “a”.....	51
Campo “b”.....	52
As entrevistas.....	55
Perfil dos entrevistados.....	63
Os casais.....	69
Estilo de vida e capital simbólico.....	75
Capítulo 2. Indivíduo X casal	87
2.1. Estabelecimento do vínculo conjugal.....	97
2.2. Reorganização biográfica ou identidade soropositiva?.....	102
Tornando-se soropositivo.....	106
A soropositividade conforma uma identidade social?.....	115
2.3. A revelação para o parceiro.....	125
2.4. Doença e cuidados.....	138
Capítulo 3. Gestão do cotidiano conjugal	146
3.1. Gestão do risco e medicalização da sexualidade.....	147
Roteiros sexuais de sorodiscordantes.....	182
3.2. Silêncios e segredos.....	202
Relação com família e redes de sociabilidade.....	214
Considerações finais	226
Referências bibliográficas	238
Anexos	259
Roteiros de entrevista	
Quadro de sistematização comparada	
Termo de consentimento livre e esclarecido	
Declaração de autorização	

Introdução

O cenário atual da epidemia brasileira de HIV/AIDS evidencia a via sexual como principal meio de transmissão do vírus HIV (Brasil, 2007). Esta tese se insere nos estudos da antropologia da saúde e da sexualidade, e discute as práticas e representações sobre sexualidade entre pessoas que compartilham uma mesma condição: apresentam-se socialmente como casais heterossexuais,¹ e conformam o que a epidemiologia denomina *casais sorodiscordantes* para o HIV/AIDS (um é soropositivo e o outro soronegativo).

A expressão *casais sorodiscordantes* é utilizada nesta pesquisa como um tipo ideal ou, para usar a expressão de Salem (1987), como “experiência sintetizadora”,² à medida que é empregada para organizar valores e significados presentes em trajetórias distintas e plurais. Tais percursos evidenciam experiências singulares de sujeitos engajados em diferentes formas de relacionamento ou arranjos conjugais, em tempos (cronológico e subjetivo) distintos.³

¹ O que significa que, mesmo que os sujeitos mantenham contatos homossexuais, estes não são concebidos como definindo uma “identidade homossexual”.

² Salem emprega o termo em referência a casais que compartilham a vivência do que se convencionou chamar de “casal grávido”. Esse universo moral estaria conformado em torno de três princípios: psicogenicidade (a representação do indivíduo enquanto sujeito psicológico), igualdade e mudança. O *casal grávido* é tomado, portanto, como um tipo ideal weberiano, e “se converte em pretexto para discorrer sobre a ética individualista” (Salem, 1987:9). A autora evidencia uma sintonia entre esse objeto e o individualismo de cunho psicologizante e libertário, característicos de camadas médias nos anos 1960.

³ Utilizo aqui a reflexão sobre o tempo empreendida por Elias. Para este autor, o tempo é determinado pela faculdade humana de vincular duas ou mais seqüências distintas, derivadas de um *continuum*. A percepção do tempo não é inata ao homem, mas resultado da experiência humana, transmitida de geração em geração pelo processo de aprendizagem. Nesse sentido, há várias maneiras de perceber o tempo, bem como diversos níveis de diferenciação social entre os indivíduos. Esta abordagem resulta em mudanças nas emoções e nos mecanismos de controle e autocontrole dos sujeitos (Elias, 1998; Malerba, 1994).

Nesta tese considera-se o casal como categoria analítica que pode apresentar formas distintas de associação, definidas pelos sujeitos pesquisados como namoro ou casamento, entre as mais referidas.⁴ Ainda que considerando o processo contínuo e relacional de construção dos relacionamentos, os conceitos “casais iniciantes” e “casais estabilizados” cunhados por Bozon (2001) serão aqui utilizados para estabelecer uma conexão entre o tempo de relacionamento e as práticas sexuais eleitas. Distingue-se o modo de constituição do casal, no sentido de demarcar se, no momento da descoberta do diagnóstico, o par já estava formado, bem como as implicações sobre o impacto da doença neste caso.

Embora a conjugalidade heterossexual seja mais recorrente que a homossexual (CEBRAP, 2000), a heterossexualidade é pouco estudada em pesquisas sócio-antropológicas contemporâneas sobre sexualidade que, por vezes, desconsideram as distintas lógicas. Portanto, não é possível uma redução desta condição a uma “cultura heterossexual”. A produção bibliográfica é mais escassa que os estudos sobre homossexualidade (Maksud, 2004). Este fato deve-se, talvez, ao impacto da AIDS sobre a homossexualidade. O estudo pioneiro de Pollak (1988) foi dedicado à compreensão do impacto provocado pelo fenômeno da AIDS entre os homossexuais. Desde então, uma crescente produção vem contribuindo para a reflexão e análise do tema, na França, Estados Unidos, Brasil, entre outros países.

⁴ Adotam-se como convenções aspas simples para realçar frases, aspas duplas para expressões nativas e itálico para categorias sociológicas. O termo “parceiro” é utilizado tanto para designar sujeitos do sexo masculino quanto do feminino.

A eleição da heterossexualidade como critério de escolha dos sujeitos entrevistados visa à apreensão do modo como homens e mulheres dão sentido à experiência da doença no âmbito de uma configuração social específica: casamento, namoro estável ou outra relação estabelecida. Esta opção não excluiria da discussão os casais homossexuais, contemplados no início da pesquisa. Entretanto, após debates acadêmicos, a eleição de casais hetero e homossexuais revelou-se pouco produtiva basicamente por razões que se complementam. A existência de um campo fecundo sobre estudos da homossexualidade acumula uma extensa bibliografia que revela questões superpostas ao tema da AIDS. No entanto, homens e mulheres com práticas homossexuais que se identificaram como heterossexuais foram considerados, mas são mantidos em sigilo, para impossibilitar sua identificação.

Em 1999 fui contratada pela área de projetos de uma organização não governamental carioca – Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA) – dedicada à questão do HIV/AIDS. Neste mesmo ano participei de um projeto de intervenção dirigido a “homens que fazem sexo com homens” inseridos em relacionamentos sorodiscordantes (Terto Jr., Parker e Remien, s/d). Esta proposta enfocava o “direito de amar” de pessoas soropositivas, o estigma e a discriminação face ao diagnóstico da soropositividade. Nesta instituição coordenei os projetos de intervenção sobre conjugalidade, sexualidade e sorodiscordância, dirigidos tanto à população homo quanto à heterossexual, até 2003.

A articulação entre os temas conjugalidade e sorodiscordância constituiu um desafio, por comportar tensões e conflitos em torno do sexo, da doença e conjugalidade. Por intermédio da ONG conversei com várias pessoas envolvidas em relacionamentos sorodiscordantes, seja com um dos parceiros, seja com o casal. Nestes contatos provavelmente algumas questões foram “censuradas”, talvez pelo fato dos casais me considerarem porta-voz de um discurso “normativo”. Outra hipótese seria minha inserção em uma instituição, o que poderia significar para eles um discurso politicamente correto sobre a prevenção. Particpei de diversos debates, reuniões e conversas na ABIA com casais sorodiscordantes, sobre sexo e HIV/AIDS, que contribuíram para a elaboração da pesquisa, desde as primeiras questões até as inúmeras alterações no roteiro de entrevista. Mas, se inicialmente o universo institucional permitia presenciar a interação entre os casais, não produzia o distanciamento necessário para conhecer e compreender alguns temas-tabus. Encontros que reuniam simultaneamente vários casais sorodiscordantes, hetero e homossexuais, demonstraram como um grupo pode exercer controle sobre a fala de alguém. Assim, era rara a revelação do não uso de preservativos nas relações sexuais, ainda que eventualmente este dado fosse citado.

Os casais envolvidos em atividades da ABIA não integram o universo dos pesquisados, a não ser pela impossibilidade de apagar da lembrança as histórias tristes, a busca de explicações e porquês, as experiências de abandono, as dificuldades com os medicamentos, o preconceito sofrido nas esferas familiar, conjugal e profissional ou, ainda, as histórias consideradas alegres, de encontros

e desencontros, de ampliação de referencial de mundo e, em alguns casos, de valorização da vida. A reflexão aqui desenvolvida é, como não poderia deixar de ser, influenciada por esse contexto. Sem dúvida, a experiência anterior de trabalho na ABIA remete à possibilidade do “sociólogo que se coloca no lugar de pensamento do pesquisado” (Bourdieu, 2003: 699-700), permitindo que as interrogações propostas fizessem sentido para os entrevistados. Assim, certas competências específicas e informações prévias possibilitaram à pesquisadora atender às “precauções e atenções que determinam o pesquisado a ter confiança e entrar no jogo, ou excluindo as perguntas forçadas ou mal colocadas”. Tais condições permitiram “improvisar continuamente as perguntas pertinentes, verdadeiras hipóteses que se apóiam numa representação intuitiva e provisória da fórmula geradora própria ao pesquisado para provocá-lo a se revelar mais completamente” (Bourdieu, 2003:700).

A ABIA tornou-se referência nacional acerca do HIV/AIDS e da sorodiscordância,⁵ o que produziu uma restrição de informantes para a pesquisa, visto que os *casais sorodiscordantes* identificados pelos profissionais de saúde do município do Rio de Janeiro eram informados da existência da ABIA e para lá se conduziam. Houve, portanto, uma dificuldade de encontrar “informantes”, tanto pela especificidade do fenômeno, quanto pela disposição dos sujeitos em falar de suas experiências.⁶

⁵ O trabalho e as publicações da ABIA estão disponíveis no site www.abiaids.org.br.

⁶ Polejack (2002) se refere à dificuldade em pesquisar *casais sorodiscordantes*. Embora seu ofício de psicóloga tenha permitido identificá-los, era extremamente difícil convertê-los em “informantes”. Sua pesquisa foi realizada com três casais.

A via de acesso aos informantes constitui um viés a ser considerado na análise. Algumas estratégias foram utilizadas para encontrar o perfil de entrevistado pretendido. A primeira, mais óbvia, foi a divulgação da pesquisa em contatos pessoais e profissionais na área da saúde, como médicos e psicólogos. No entanto, apenas um dos casais que pertencem ao grupo investigado foi apresentado dessa forma. A segunda maneira foi a redação de um anúncio conciso sobre a pesquisa, divulgado em algumas listas eletrônicas (de sociologia, de ONGs/AIDS e de profissionais de saúde), incluindo uma revista de abrangência nacional, dirigida ao público soropositivo.⁷ Recebi então e-mails e ligações de possíveis entrevistados de vários estados. Alguns casais que moravam a grande distância foram excluídos por questões econômicas. Quatro entrevistas foram realizadas no Rio de Janeiro e outras quatro em distintos estados.

Finalmente, a terceira e última estratégia surgiu sem planejamento prévio, após quase dois anos do início da pesquisa. O campo – com oito entrevistas – era ainda insuficiente, quando soube que o Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas, da Fundação Oswaldo Cruz, realizava acompanhamento médico de casais sorodiscordantes para o HIV/AIDS. Era óbvio que este dado mudaria o caráter das entrevistas, realizadas até então nas residências dos entrevistados, com duração de duas a quatro horas. Contudo, surgia a oportunidade de acessar um número maior de informantes e um grupo mais homogêneo de entrevistados.

⁷ Revista Saber Viver (www.saberviver.org.br).

A negociação da pesquisa foi iniciada com o pedido – inicialmente informal e mais adiante, formal – à direção do Instituto para entrevistar os pacientes. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética de Pesquisa local, que exigiu, além da proposta de pesquisa e dos instrumentos de coleta de dados, apresentação formal em reunião de colegiado com doze componentes, majoritariamente médicos. As concepções dos membros das organizações sobre o trabalho dos cientistas sociais não podem ser desconsideradas (Becker, 1997:36). Muitas indagações e sugestões foram formuladas antes da submissão do projeto e da aprovação pelo CEP. As questões podem ser compreendidas pelo escasso conhecimento de pesquisa qualitativa, por parte dos profissionais de saúde.⁸ O processo estendeu-se por seis meses, até autorização para realizar as entrevistas. Entre agosto de 2006 e janeiro de 2007 foram efetuadas dezenove entrevistas naquela instituição, perfazendo um total de vinte e seis entrevistas.

A articulação entre gênero e sexualidade pode passar despercebida, mas é um binômio poderoso, embora sutil – porque “quase natural” – de diferenciação e hierarquização entre homens e mulheres. A perspectiva essencialista entende o desejo masculino, a não contenção dos “impulsos” e “instintos sexuais”, em contraste com a passividade da mulher, como dados naturais. Esta tese filia-se à tradição construcionista das ciências sociais que considera estas representações provenientes de uma socialização diferencial de gênero. Trata-se, portanto, da expressão de uma possibilidade cultural – entre outras possíveis – composta por processos, disputas e dilemas político-sociais, embora o resultado visível se

⁸ Sobre o tema, ver *Antropologia e Ética*, organizado por VÍctora et al., 2004.

expresse no que é nomeado como subjetividade. A sexualidade exerce um papel importante na legitimação da ordem estabelecida entre os sexos (Bourdieu, 2002; Heilborn e Brandão, 1999; Heilborn, 2004; Terto Jr., 1997; Bozon, 2004).

Este estudo elege a experiência moral dos sujeitos, acompanhando a argumentação proposta por Durkheim (1970), ao definir a característica moral a partir dos hábitos modelados coletivamente, e as tendências sociais que movem os sujeitos sem que disso eles se apercebam (1970:17). Busca-se compreender a interpretação dos sujeitos sobre a experiência de vida, expressa em normas e valores. Estudos antropológicos questionam o entendimento do conceito de subjetividade e sinalizam para as disciplinas antropologia e sociologia das emoções (Sarti, 1983, Salem, 1987, Heilborn, 2004). Nesta perspectiva, a esfera íntima do sujeito, tradicionalmente lida como pertencente à esfera do psicológico, é analisada a partir da premissa da construção social. Trata-se de uma permanente dialética entre subjetividade e estrutura. Le Breton (2004) assinala que as emoções nascem de uma avaliação mais ou menos lúcida de um evento por um ator, que possui uma sensibilidade *própria*, mas são pensadas em atos e estabelecidas sobre um sistema de sentidos e de valores, em uma cultura afetiva, inscrevendo-se em uma linguagem de gestos, a princípio reconhecíveis pelos membros que compartilham o mesmo sistema social.

Enquanto uma leitura a partir dos marcos psicológicos postula uma subjetividade *a priori*, e faz referência a uma especificidade interna particular, a leitura sociológica sustenta a qualidade eminentemente social da subjetividade, nuançando a

experiência idiossincrática do ego, das teorias ancoradas nas noções de pulsões, necessidades ou desejos individuais (Salem, 1987). É nesse sentido que os sentimentos expressos pelos homens o são em função do modo como lhes é socialmente permitido ou prescrito ser, agir e sentir.⁹

Seguindo as reflexões de Douglas (1976:16), o tema da conjugalidade face a AIDS também é capaz de proporcionar uma reflexão sobre *ordem e desordem, vida e morte, sujeira e pureza*. Nesta tese procura-se compreender com que categorias morais os entrevistados, homens e mulheres, soropositivos e negativos, organizam, interpretam e dão sentido a seu lugar na relação, revelando a concepção sobre a “diferença sorológica”. Para tanto, parte-se da análise das trajetórias, dos sujeitos e do casal, focalizando as reorganizações biográficas relacionadas à doença e à interação entre os parceiros. Sob essa ótica, as discussões sobre biografia, trajetória e história oral (Velho, 1987; Ferreira e Amado, 1998) são relevantes, e atentam para a construção dos contextos sociais nos quais os indivíduos estão inseridos (Bourdieu, 1998, Levi, 1998).¹⁰

Por meio da análise sócio-antropológica do discurso dos pares examina-se como a doença impacta a relação conjugal. Investigam-se as práticas sexuais e os significados atribuídos a elas no contexto de uma relação considerada “de risco”

⁹ Ayres (2002), refletindo sobre a prevenção da AIDS, utiliza a expressão *contextos de intersubjetividade* na conceituação de subjetividade (definida como ato ou estado de ser sujeito). A dimensão identitária deve ser definida por sua contínua reconstrução na e pela interação.

¹⁰ Para Levi “as biografias individuais só despertam interesse quando ilustram os comportamentos ou as aparências ligadas às condições sociais estatisticamente mais freqüentes. Portanto, não se trata de biografias verídicas, porém mais precisamente de uma utilização de dados biográficos para fins prosopográficos” (Levi, 1998:174).

aos olhos da Saúde Pública e do senso comum. São analisadas as representações acerca da distinção sorológica, dos cuidados no âmbito do casal, da relação com os parentes e afins e da interação entre os parceiros, tomando-se com foro privilegiado a esfera íntima e o elenco de práticas sexuais no âmbito do casal.

Pretende-se investigar alguns efeitos da medicalização na vida cotidiana do sujeito soropositivo e, por extensão, no cotidiano do casal. A intervenção médica se faz presente tanto pelo uso de medicamentos antiretrovirais para o tratamento da doença e pela submissão freqüente a exames de rotina quanto pela medicalização da sexualidade, pela recomendação expressa do uso regular de preservativos. Nesse sentido, analisa-se a participação dos parceiros na esfera dos cuidados e o discurso sobre o exercício da sexualidade.

O que se pretende com a análise da interação é apreender as concepções de conjugalidade e os roteiros sexuais (Gagnon e Simon, 1999) encenados. Objetiva-se entender se, após a descoberta e revelação da soropositividade, há modificações na dinâmica conjugal e sexual. Esta, sem dúvida, é a problemática central da tese, que revela tensões entre a subjetividade e as estruturas. As análises antropológicas sobre conjugalidade chamam a atenção para o conflito entre afirmação da individualidade e obrigações impostas pelos vínculos (Sarti, 1983; Vaitsman, 1994; Salem, 1987; Heilborn, 2004). Outro dilema concerne ao confronto entre experiência privada e norma pública. Coloca-se, de um lado, a concepção da Saúde Pública de controle e contenção da epidemia de HIV/AIDS e,

de outro, as experiências sexuais, a compreensão e gestão do risco, face às particularidades culturais das interações entre os sujeitos.

A idéia de casamento representa, para o senso comum, um ideal simbólico de compartilhamento no qual se tem o outro como extensão de si (Heilborn, 2004). O casamento dos dias de hoje, por sua vez, constitui uma instituição formada a partir do ideal do amor romântico, e, via de regra, o sexo ocupa uma posição central (Bozon, 2000). Casamentos ou namoros estáveis possibilitam uma permanente exposição ao coito, e portanto aos riscos – de gravidez (Loyola, 2003) ou de transmissão de doenças sexualmente transmissíveis, entre as quais o HIV/AIDS. Pode-se indagar até que ponto sentimentos conformados socialmente, mas percebidos como essência da natureza humana – erotismo, paixão, atração, desejo etc. – estão sujeitos à medicalização? Pode-se questionar se conhecer e conviver com um outro diferente, como é o caso dos casais sorodiscordantes, anularia o medo da possibilidade de infecção pelo vírus.

Os dados da pesquisa são apresentados e analisados a seguir, em três capítulos. O primeiro, *HIV/AIDS e sorodiscordância*, dedica-se a contextualizar a pesquisa que origina esta tese. São referidas as principais referências bibliográficas sobre o tema, situando o cenário de pesquisa em meio à história da epidemia. As tendências epidemiológicas brasileiras são então expostas, com ênfase no processo de heterossexualização. Este é o ponto de conexão com os estudos de gênero, nos quais são sublinhadas as desigualdades entre o masculino e o feminino. O universo pesquisado e a metodologia são apresentados neste

contexto. A partir do perfil dos entrevistados inicia-se uma discussão sobre o estilo de vida e o capital simbólico dos sujeitos, com o intuito de descrever as trajetórias individuais, formadas a partir dos cenários sociais nos quais estão inseridas.

O capítulo 2, *Indivíduo X Casal*, discute as tensões entre estas duas dimensões e visa demonstrar que o vínculo conjugal é uma construção social. Os roteiros de formação dos casais entrevistados e a descoberta da soropositividade são discutidos no âmbito das trajetórias individuais. O encontro dos sujeitos com os serviços de saúde e o percurso a partir de então são analisados. Considera-se a possibilidade de uma remodelação da experiência subjetiva, de acordo com o aprendizado após o evento da doença. Questiona-se o atributo de uma identidade social específica conferida à soropositividade e aos soropositivos. A relação indivíduo-casal se dá numa teia de dilemas e conflitos. Estratégias e negociações são acionadas na revelação da soropositividade ao parceiro. Discute-se acerca de aspectos que parecem ser do âmbito mais individual, considerando-os eventos sociais. A esfera dos cuidados também é apreciada sob esta ótica, de modo que o compartilhar, no âmbito do casal, obedece a padrões culturais rigidamente demarcados.

O terceiro capítulo, *A gestão do cotidiano conjugal*, apresenta os dados relativos às práticas sexuais. Os roteiros sexuais sorodiscordantes são objeto de análise, verificando se o diagnóstico acarreta alterações na esfera sexual. O entendimento subjetivo do risco é examinado, a partir dos códigos estabelecidos na relação dual.

Pergunta-se se e como o processo de medicalização social repercute nas práticas e representações sexuais e no risco de transmissão sexual do HIV. A parte final do capítulo dedica-se a um recorte muito singular do cotidiano: os silêncios e os segredos na relação conjugal e na interação do casal com a rede familiar e de sociabilidade.

Opta-se por distribuir os dados empíricos nos capítulos ao invés de proceder a uma divisão canônica que apresenta inicialmente os marcos teóricos e, a seguir, a análise dos dados. Esta estratégia propicia um melhor aproveitamento das informações do campo e entende-se que a teoria sócio-antropológica é produzida a partir desse diálogo dinâmico e instigante. Em todos os capítulos a apresentação dos dados visa acompanhar as diferenças de compreensão do mundo segundo a lógica de gênero e o capital cultural dos entrevistados. A investigação pretende analisar o impacto da doença nas esferas da conjugalidade, dos cuidados e da sexualidade. Dessa forma o fenômeno da sorodiscordância adquire relevância sociológica e um significado específico.

Capítulo 1

HIV/AIDS e sorodiscordância

1.1. Epidemia de HIV/AIDS no Brasil

Na década de 1980 surgiam os primeiros casos de AIDS no Brasil. Os homossexuais foram os mais afetados pela doença, apelidada de *peste gay* e *câncer gay* pela mídia (Galvão, 1992). Foram eles os grupos sociais mais mobilizados no enfrentamento da epidemia, o que pode ser depreendido a partir das primeiras manifestações brasileiras. Eles exigiam uma resposta dos setores governamentais sobre a nova doença. Ainda não havia conhecimento sobre a enfermidade e os que a contraíam faleciam rapidamente (Teixeira, 1997). O início da epidemia no Brasil, na década de 1980, concentrou-se nos estratos médios e superiores, devido à interação de brasileiros – de camadas médias e altas – com norte-americanos afetados. A literatura afirma que, no Brasil, as “respostas” à epidemia de AIDS começaram na sociedade civil. Alguns grupos gays organizados, à frente de reivindicações, teriam impulsionado o surgimento do primeiro programa de AIDS brasileiro, que nasceu no Estado de São Paulo na década de 1980, antes da constituição de um programa federal.¹¹

Por ser a epidemia da AIDS um problema social, várias disciplinas dedicaram-se a estudá-la: sociologia, psicologia, medicina, epidemiologia etc., conformando um campo interdisciplinar que abarca uma vasta literatura. A experiência da AIDS transcende a esfera médica e desempenha um papel em todos os espaços da vida social, constituindo um mediador nas relações sociais (Pollak, 1998, Adam e Herlizch, 2001). Autores como Galvão (1992), Guimarães (1994, 1996, 2001), Knauth (1996, 1997, 1998, 1999), Terto Jr. (1997), Parker (1991) e Barbosa (1999)

¹¹ Sobre esse debate, consultar Teixeira (1997) e Terto Jr. (1997).

se dedicaram a analisar aspectos relacionados à vida privada dos afetados pela epidemia de HIV/AIDS no Brasil. Galvão formula uma análise acerca da constituição da AIDS, e considera ter sido a doença promovida como fato social pela imprensa brasileira. A autora analisou o conteúdo das matérias e campanhas, e demonstrou a polarização em torno da aquisição do vírus pelas “vítimas” e “culpados”: as primeiras, os hemofílicos e transfundidos, com um papel “passivo”, baseado na infecção por meio de transfusão de sangue, e as segundas (majoritariamente homens homossexuais) com um papel “ativo”, resultado de seu comportamento sexual ou do uso de drogas. Este esforço pode ser aproximado, guardando-se as devidas proporções, ao trabalho de Herlizch e Pierret (1992) que, na França, chegaram a conclusões equivalentes, a partir da análise de jornais franceses: a tradução do discurso científico em torno da descoberta do vírus HIV para o público leigo resultou na constituição de um fenômeno social. Estes dois exemplos demonstram que a mídia é uma das principais agências responsáveis pela difusão do estigma em torno do HIV/AIDS.

Em quase duas décadas de epidemia e de pesquisa muitos trabalhos demonstraram, direta ou indiretamente, o violento estigma construído em torno da pessoa soropositiva (vulgarmente denominada aidética). De 1992 em diante, ocorreram descobertas científicas no âmbito biomédico mundial e muitas mudanças nas políticas públicas brasileiras de prevenção e tratamento as DST/AIDS.¹² Em 1996 noticiou-se a possibilidade de tratamento com anti-

¹² Consultar Galvão (2000) e Parker (2003).

retrovirais na Conferência de AIDS em Vancouver.¹³ Neste mesmo ano o governo brasileiro anunciou a disponibilização universal desses medicamentos pelo recém constituído Sistema Único de Saúde (SUS).¹⁴ Esse quadro macro-estrutural mudaria decisivamente o panorama epidemiológico brasileiro. A partir de então se amplia a expectativa e a qualidade de vida das pessoas soropositivas, quando a AIDS passa a ser considerada doença crônica tratável, e a letalidade da epidemia diminui sensivelmente no Brasil.¹⁵

O cenário político brasileiro em torno do HIV/AIDS, formado em torno da luta contra a AIDS, envolvendo vozes - por vezes dissonantes - de gestores e de tomadores de decisão governamentais, militantes e ativistas, inseridos ou não em organizações não-governamentais, redes e outras instâncias políticas, profissionais de saúde, intelectuais e artistas, vem sendo denominado como a *resposta brasileira ao HIV/AIDS*.¹⁶

No panorama das representações sociais, não obstante os avanços políticos e médicos (com redução expressiva das taxas de mortalidade),¹⁷ as pesquisas

¹³ Boletim *Olhar sobre a mídia* (1996), Galvão (2002).

¹⁴ Segundo dados de junho de 2005 do Boletim Epidemiológico, cerca de 161 mil pessoas recebem tratamento para AIDS, fornecido pelo Ministério da Saúde, distribuído na rede pública (www.aids.gov.br, acessado em janeiro de 2007).

¹⁵ Segundo o site do Programa Nacional de DST/AIDS: "há alguns anos, receber o diagnóstico de aids era quase uma sentença de morte. *Atualmente, porém, a aids já pode ser considerada uma doença crônica*. Isto significa que uma pessoa infectada pelo HIV pode viver com o vírus, por um longo período, sem apresentar nenhum sintoma ou sinal. Isso tem sido possível graças aos avanços tecnológicos e às pesquisas, que propiciam o desenvolvimento de medicamentos cada vez mais eficazes. Deve-se, também, à experiência obtida ao longo dos anos por profissionais de saúde. Todos estes fatores possibilitam aos portadores do vírus ter uma sobrevida cada vez maior e de melhor qualidade" (Programa Nacional de DST/AIDS, 2007, grifos acrescentados).

¹⁶ Daniel e Parker (1989), UNAIDS (1998), Brasil (1999), Chequer (2000).

¹⁷ Raxach et al. (2004).

sociológicas seguiam apontando um processo de estigmatização e de discriminação dos que adquirem o vírus da AIDS.¹⁸

Enquanto a análise de Galvão permite observar o plano da produção do discurso público, Knauth (1996, 1997, 1998 e outros) aprofunda questões referentes à esfera privada. Ao pesquisar grupos populares, a autora discute a legitimidade da contaminação entre mulheres que adquiriram o vírus em relações estáveis (maridos ou parceiros fixos), diferenciando-se de mulheres desvalorizadas e consideradas como o “outro distante”. No contexto analisado, as mulheres não culpam os parceiros pela transmissão do vírus, pois não consideram que eles agiram intencionalmente. Eles teriam adquirido o HIV/AIDS em relacionamentos extraconjugais ou pelo uso de drogas injetáveis: isto é, em práticas constitutivas da identidade masculina. Cabe acrescentar que as mulheres infectadas temiam a ruptura da aliança.

Guimarães (1994, 1996, 2001) é outra autora pioneira que se dedicou a pesquisar mulheres soropositivas de segmentos populares. Ela apresenta duas questões especialmente relevantes: a primeira refere-se à discussão sobre as particularidades culturais holistas, expressa pelos valores morais da identidade feminina. Guimarães destaca, por exemplo, que uma acusação de transgressão moral (como a proposição do uso de preservativo ao homem) pode ser mais difícil para as mulheres investigadas que o eventual risco de infecção. Portanto, cabe ao homem o controle da sexualidade da

¹⁸ Consultar, por exemplo, Parker e Aggleton (2001).

mulher. O segundo aspecto é a percepção feminina do parceiro sexual conhecido: não oferece risco à infecção pelo HIV/AIDS.

Investigando homens que se relacionam sexualmente com outros homens, Terto Jr. discute o estigma, a discriminação e a marginalidade da homossexualidade na sociedade brasileira. A homossexualidade estaria simbolicamente associada ao perigo da AIDS, ao medo de exposição, constrangimentos e acusações: “o silêncio, o segredo, a revelação ou o assumir-se, o desconhecido, a solidão, a ameaça de rejeição, repressão de si e afetividade” (Terto Jr., 1996:100). Dessa forma, depreende-se que a doença pode forçar os indivíduos a alterar suas relações sociais (com família, amigos, colegas de trabalho etc.), desenvolver estratégias e renegociar a ordem em várias esferas da vida social. As reestruturações contêm uma dimensão identitária, na medida em que há a perda de uma identidade anterior. A experiência da doença constitui, de alguma forma, uma “ruptura biográfica” (Pollak, 1998) ou, como escolhido aqui, um *redimensionamento biográfico*, ao impor modificações na organização do cotidiano dos indivíduos, levando-os a questionamentos existenciais (Pollak, 1998, Adam e Herlizch, 2001).

O tema AIDS é capaz de promover a interdisciplinaridade possível necessária para a formulação de políticas públicas.¹⁹ A literatura sobre AIDS, interdisciplinar por natureza, foi e é produzida em diversas áreas de conhecimento: autoras com

¹⁹ O movimento de luta contra a AIDS constituiu-se não só de pessoas vivendo com HIV e AIDS (expressão cunhada por Herbert Daniel, um de seus fundadores) mas a partir dele. Integram-no ainda profissionais de saúde e os mais variados segmentos acadêmicos. Uma educadora, integrante do movimento, dizia-me, na ocasião de um seminário, sobre mulheres e AIDS: “eu não faço teses, mas leio e vou a todas!” (Kiki, educadora, 15 anos de trabalho na área da AIDS, dentre ONGs, governo federal e estadual).

primeira formação em medicina ou psicologia, por exemplo, migram para Saúde Pública ou Coletiva. O referencial sócio-antropológico é central nesta produção.

O conceito de vulnerabilidade vem sendo utilizado nessa literatura mais ampla para reconhecer a existência de uma sinergia de fatores (como raça/cor, classe e gênero), que explicaria porque as populações minoritárias e excluídas historicamente são, atualmente, aquelas que apresentam os maiores índices de notificação de casos de AIDS no Brasil (Parker e Camargo Jr., 2000). Segundo Bastos, o conceito de vulnerabilidade foi introduzido no campo do HIV/AIDS por Jonathan Mann e colaboradores (Mann et al., 1992), de forma que:

“amplie e/ou refine as tradicionais categorias de análise epidemiológica, incorporando dimensões culturais, sociais e políticas, além de funcionar como um ‘operador de leitura’, possibilitando ‘extrair’ interpretações mais ricas dos dados e informações disponíveis” (Bastos, 2001:9).

O conceito expressa a adesão a um campo interdisciplinar de estudos sobre a temática do HIV/AIDS, para o qual convergem diversas áreas, e que unem ao discurso acadêmico certo engajamento político, que consiste na recusa da neutralidade no discurso e na prática científica. A produção dessa área acadêmico-político-interdisciplinar é volumosa. Dessa forma as ciências sociais vêm-se obrigadas a dialogar, por exemplo, com a epidemiologia, na medida que lidam com categorias como “sexo seguro”, “grupos e comportamento de risco”, “proteção”, “prevenção” etc.

A *Tripla Ameaça* foi a primeira publicação brasileira destinada a refletir sobre o envolvimento das mulheres na epidemia.²⁰ Logo a seguir, publicações como *Quebrando o silêncio: mulheres e AIDS no Brasil* (Parker e Galvão, 1996)²¹ e os artigos de Denise Martin (1995), Guimarães (2001), Knauth (1996), por exemplo, inauguraram um novo sub-campo de estudos: mulheres e AIDS. Mais recentemente entram em cena produções sobre mulheres e AIDS, em diálogo estreito com a reivindicação de movimentos sociais. É o caso de publicações em interface com o movimento feminista (Correa e Ávila, 2003), sobre temas como mulheres profissionais do sexo (Guimarães, 2001), mulheres e raça (Lopes, 2006 e Werneck, 2006),²² mulheres e movimentos populares (Heilborn e Gouveia, 1999; Edmundo, 2007). Homens heterossexuais têm sido menos estudados, o que sugere que a produção sociológica esteja vinculada às tendências epidemiológicas.

No que se refere aos propósitos desta tese, cabe destacar três tendências atuais apresentadas pelo governo brasileiro em relação à epidemia de AIDS: a) o aumento da doença em mulheres; b) o aumento proporcional de casos entre os heterossexuais; c) o espraiamento da doença para classes sociais menos

²⁰ No Brasil, a produção de conhecimento sobre AIDS esteve ligada às universidades, ao movimento de luta contra a AIDS e ao *establishment* dos serviços de saúde. Para além da qualificação do ativismo, é preciso considerar o espaço das ONGs como um nicho de trabalho que reuniu, além de ativistas pela causa, acadêmicos. Atualmente, a produção brasileira na área de AIDS é uma das mais citadas mundialmente.

²¹ Essa publicação faz parte da *Coleção História Social da AIDS*, publicada pela ABIA na década de 1990.

²² Sobre raça e AIDS, ver o polêmico artigo de Fry et al. (2007), que gerou uma série de artigos-resposta, tais como Ayres (2007) e Camargo Jr. (2007). A tônica da discussão está em que a forma como o governo e o movimento social trabalham com AIDS acaba por promover, ainda de forma mais acentuada, a *racialização* da sociedade.

favorecidas socialmente. Estas três tendências têm sido denominadas como “feminização”, “heterossexualização” e “pauperização”.²³

Guimarães (2001) mostrou que, no início da epidemia, a construção social e política da AIDS se pautou em discursos biomédicos, com forte “viés masculino”. Somente as mulheres à margem do modelo conjugal (“solteiras”, “viúvas”, “separadas” e “desquitadas”, por um lado, ou “prostitutas”, “promíscuas”, usuárias de drogas, por outro), eram consideradas suscetíveis ao risco. A AIDS caracterizava-se, na década de 1980, como doença de mulheres de comportamento de alto risco. Às mulheres que tinham um único parceiro atribuía-se baixo risco.²⁴

O texto abaixo, assinado pelo diretor do PN DST e Aids, acompanha o Boletim Epidemiológico de março de 2005, e se refere aos dados do período até 2004 que:²⁵

“permitem afirmar que a epidemia de aids no Brasil encontra-se em *patamares elevados*, tendo atingido, em 2003, 18,4 casos por 100 mil habitantes. *Observa-se entre os homens, uma tendência de estabilização*. Neste grupo populacional foi registrada, em 2003, uma taxa de 22,8 casos por 100 mil homens, menor do que a observada em 1998, de 26,4 por 100 mil. Entretanto, *observa-se ainda o crescimento da epidemia em mulheres*, com maior taxa de incidência observada em 2003: 14,1 casos por 100 mil mulheres. (...) mantiveram-se estabilizados os casos na transmissão homo/bissexual em cerca de 26,4%, e *a transmissão heterossexual continua a crescer*. A

²³ Além dessas tendências, fala-se também em “juvenilização” e “interiorização”.

²⁴ Guimarães entrevistou na década de 1990 cerca de 250 mulheres. A autora estava inserida em entidades que trabalhavam com AIDS. Foram oito anos de trabalho nesta área, entre pesquisas e consultorias, que deram origem à sua tese (2001).

²⁵ À época, Dr. Pedro Chequer.

epidemia vem atingindo, também, de maneira importante, os indivíduos com menor escolaridade. Embora as informações sobre raça/cor somente foram incluídas para os casos notificados a partir de 2001 no SINAN e observando a falta de informação dos casos registrados no SISCEL, é interessante observar que mais de 60% dos casos de aids masculinos foram considerados brancos, sofrendo pouca variação no período analisado. Já entre as mulheres, observa-se redução na proporção de casos na raça/cor branca, compensada pelo aumento na proporção de casos na parda. A mortalidade por aids registrada no SIM foi 2% maior em 2003 que a registrada em 2002, com 11.276 óbitos. (grifos acrescentados).

Parker e Camargo Jr (1999) ressaltam que várias epidemias de HIV/AIDS coexistem em um mesmo espaço,²⁶ refletindo as profundas desigualdades da sociedade brasileira, a despeito da generalização realizada a partir dos dados epidemiológicos do Brasil, que categoriza as tendências à “feminilização”, “pauperização”, “juvenilização” e “interiorização”. Essa discussão é feita após a modificação do perfil epidemiológico da epidemia que, nos anos oitenta, registrava a maioria de notificações de casos de AIDS entre homens de orientação homossexual (quinze homens para uma mulher) (Knauth, 1996, 1997 e 1998; Barbosa, 1999). Parker e Camargo Jr. destacam que a feminização da epidemia não é proporcionada simplesmente por questões de renda, mas pela posição subalterna de gênero das mulheres na hierarquia social:

“Embora as mulheres venham sendo incorporadas ao mercado de trabalho em proporções sem precedentes nas

²⁶ Os autores apóiam-se na idéia desenvolvida por Jonathan Mann et al. (1993, 1996), a respeito da “dezenas, talvez centenas, de epidemias ocorrendo em paralelo, acometendo segmentos diversos da sociedade com padrões de disseminação e velocidades variadas, dependentes de uma série de fatores” (Parker e Camargo Jr., 1999).

últimas décadas (ao menos, em parte, através de famílias de classe média, nas quais a presença de um segundo membro com fonte de renda tornou-se necessária como estratégia de manutenção do padrão de vida em contexto de crescente polarização econômica e salários reais declinantes), a face da pobreza e, em particular, da miséria, tem-se tornado, de modo crescente, a face das mulheres excluídas não apenas devido à opressão baseada em classe e etnia, mas também à *opressão baseada em gênero*" (Parker e Camargo Jr., 1999) (grifos acrescentados).

Recente coletânea de artigos publicados pelo periódico *Cadernos de Saúde Pública* questiona a tendência à pauperização e ao aumento dos casos na população negra.²⁷ Fry et al. (2007) examinam o contexto sócio-político envolvido na definição de políticas públicas de recorte racial no campo da saúde, objetivando demonstrar que os dados epidemiológicos disponíveis são insuficientes para sustentar a interpretação de que existe uma associação específica entre "população negra" e AIDS no Brasil. Segundo os autores, esta se daria em função da construção de um campo denominado "saúde da população negra", ação vinculada a processos mais amplos de inter-relação entre ativismo político e relação com o Estado, que transcendem a área da saúde. Os autores consideram que:

“uma análise mais pormenorizada indica que os dados epidemiológicos disponíveis não são suficientes para sustentar a interpretação de que existe uma associação específica entre "população negra" e AIDS no país.

²⁷ Frequentemente o periódico publica um artigo – em geral sobre um tema polêmico – e solicita um debate de outros autores. Esta estratégia é frutífera e, particularmente, interessa a esta tese reter algumas das considerações deste artigo e dos demais autores que se debruçaram sobre ele.

Salientamos que a ênfase nessa associação faz parte de uma dinâmica relacionada à construção do campo da "saúde da população negra" em anos recentes, que se vincula a processos mais amplos de inter-relação entre ativismo político e relação com o Estado, que transcendem a área da saúde" (Fry et.al, 2007: 4).

A inclusão da variável cor/raça, além de recente, é deficiente, impossibilitando análises de tendência a longo prazo, a partir de uma perspectiva epidemiológica. Dentre as fragilidades citadas pelos autores está a pequena parcela de registros de casos, que incluem diferentes sistemas de classificação de cor – auto-referida ou por terceiros.²⁸

A epidemia se estende para outras camadas sociais: moradores de comunidades pobres, mulheres de camadas populares, pessoas menos escolarizadas e com ocupações com baixa remuneração ou excluídas do mercado formal de trabalho, o que faz notar que a epidemia reflete os padrões brasileiros de desigualdade (Fry et al., 2007). Apesar disso, os autores questionam a atribuição de “pauperização” referida pelo Governo Brasileiro. Apontam que a única unidade de classe referida é a variável “escolaridade” e que, mesmo se for utilizada, ocorre, além do aumento de número de casos em pessoas com escolaridade baixa, aumento de casos em pessoas com escolaridade média ou superior, portanto:

²⁸ Guimarães chamava a atenção que o enfoque de gênero deve levar em consideração, necessariamente, a cor/raça, que mais que o sexo, é responsável pela produção de inferioridade social. Apesar disso, as pesquisas sociológicas sobre mulher e AIDS raramente levam em conta a variável cor, que fica invisibilizada “pela trajetória da epidemia da AIDS em direção às camadas mais pobres, nas quais predomina a população parda e negra e onde as mulheres detêm um baixo nível educacional, reduzidas alternativas profissionais, a chefia da família e exíguos recursos materiais e culturais” (Guimarães, 2001:33).

“os dados do PN-DST/AIDS indicam que, ao contrário da afirmação sobre a pauperização que consta do boletim epidemiológico, a epidemia não estaria aumentando num ritmo proporcionalmente maior entre as populações mais vulneráveis socioeconomicamente” (Fry et al., 2007:7).

Em resumo, os autores argumentam contra a pauperização e discordam que a população negra seja mais vulnerável à epidemia. Consideram que a estratégia militante da saúde da população negra enfatiza a associação entre raça e saúde, o que corre o risco de fortalecer diferenças raciais entre os grupos populacionais.

No entanto, Camargo Jr (2007) concorda com a argumentação dos autores no que diz respeito à discussão da raça e discorda em relação à questão da pauperização, porque:

“o que se descreve como *pauperização* é a tendência que a epidemia de HIV/AIDS no Brasil teria, uma vez tendo os primeiros casos acometidos diferencialmente indivíduos melhor situados do ponto de vista sócio-econômico, de progressivamente se difundir em direção às camadas mais pobres da população. A dificuldade de mensuração desse fenômeno reside, como na epidemiologia social de um modo geral, em como captar adequadamente a situação sócio-econômica dos indivíduos pesquisados (...).Note-se, adicionalmente, que o termo se refere a uma *tendência*. Isso não significa que no presente já haja um predomínio da população mais desfavorecida entre as pessoas vivendo com HIV e AIDS, mas que progressivamente sua participação parece estar aumentando”.

Quanto ao aumento de casos em pessoas com escolaridade média ou superior, referido por Fry et al. (2007), Camargo Jr. mostra que:

“se compararmos as proporções das pessoas com maior e menor instrução na população em geral e nos indivíduos notificados como casos de AIDS no início e final do período, é nítido que as proporções relativas nos dois grupos mostraram tendências divergentes; em outras palavras, mesmo que tenha havido um aumento da proporção de pessoas com maior instrução entre os casos de AIDS, este ainda é inferior ao que ocorreu na população geral”.

Em algumas revistas especializadas da área de Saúde Pública, os cuidados médicos com a prevenção do HIV/AIDS entre pessoas com sorologias diferentes deram origem à produção de uma categoria – a *sorodiscordância*. O termo, ao lado de outros como *sorodivergência* e *sorodiferença*, vem sendo utilizado desde meados da década de 1990 na literatura biomédica norte-americana e, com menor freqüência, na francesa. Trata-se de uma produção direcionada a cientistas e médicos, que se dedica prioritariamente a temas clínicos mas também aborda a vida íntima dos sujeitos, com uma leitura sobre um fenômeno social específico (conjugalidade e AIDS), interessada sobretudo nas *conseqüências* do relacionamento sexual entre parceiros *sorodiscordantes*. O prisma da psicologia social ou da epidemiologia social é dominante nessa produção.

Este tipo de abordagem, no qual centros médicos se empenham em compreender fatos biomédicos à luz do viés qualitativo, foi muito utilizado no início da epidemia de HIV/AIDS. Os estudos sobre AIDS e sexualidade constituíam interesse da medicina preventiva, e muitas vezes foram realizados por médicos e epidemiólogos, que se detinham sobre o comportamento e as práticas sexuais, a partir da noção de risco no sentido epidemiológico do termo. Nestes estudos a sexualidade estava associada à dimensão comportamental, e as ciências sociais

foram referência metodológica (Loyola, 1994). O tema da sorodiscordância, por seu potencial risco de transmissão da epidemia, acentua a tendência a enfatizar as óticas da medicina, da psicologia e da saúde pública. Nessa perspectiva, Rogers e colaboradores (1998) conduziram uma pesquisa sobre a notificação de parceiros de usuários de drogas injetáveis infectados por HIV, com a finalidade de desenvolver intervenções efetivas para essa população na cidade de Nova Iorque. Williams e colaboradores examinaram o uso de uma substância na terapia antiretroviral para avaliar a possibilidade de soroconversão de casais com sorologias diferentes para o HIV. Kippax e colaboradores (2003), a partir de um estudo de caso controle numa coorte de homens gays de Sydney, valem-se de variáveis demográficas, contextuais e de conhecimento, para discutir a incidência de soroconversão naquela população. *Safer sex and long term relationships* é um tema bastante presente nos artigos publicados em periódicos como o AIDS CARE.

Estudos entre a Psicologia Social e a Saúde Pública, como o de Remien (2002), questionam as possibilidades de intervenção na área da Saúde Pública, ao referir que a maioria das transmissões do HIV ocorre num contexto de relacionamentos estáveis, seja por desconhecimento da condição, seja por recusar a crença da transmissão. De acordo com Remien (2002), há um aumento cada vez maior do número de casais sorodiscordantes. Para o autor, as razões para este crescimento podem ser explicadas pela crença nos resultados das terapias, com uma melhoria da saúde das pessoas, que começam a buscar relações com parceiros estáveis e mais relações sexuais. Partindo do referencial das pessoas soronegativas, essas também teriam acesso, segundo o autor, a mais informações

sobre a eficácia de medicamentos, engajando-se, conscientemente, em relacionamentos com pessoas soropositivas. Não se pretende discutir se há, de fato, um aumento dessa modalidade de relacionamento.

Chama a atenção que, embora a sexualidade esteja sob os olhares vigilantes e curiosos de uma produção acadêmica (Foucault, 1988), e que a sexualidade frente ao HIV/AIDS venha sendo discutida desde o início da epidemia de HIV/AIDS (Loyola, 1999), não se verifique uma expressiva produção sócio-antropológica sobre os temas da soropositividade e da sexualidade. Compreender os significados dos comportamentos, os critérios de seleção dos parceiros, os sentidos do desejo e prazer é importante mas, como ressaltam Parker, Herdt e Carballo (1999:28), raramente estas questões estão presentes nas pesquisas sociais sobre sexo e HIV/AIDS. A maioria dos estudos trata da prevenção, abordando especificamente a negociação do uso de preservativo. Neles a preocupação central refere-se à não infecção dos sujeitos soronegativos. A expressão da sexualidade não é um tema de destaque. Poucos textos da área das Ciências Sociais discutem a problemática. François Delor (1999) desenvolveu uma pesquisa sobre sujeitos soropositivos, na qual discute a noção de discordância sorológica e os modos de adaptação ao risco de AIDS na relação do casal ou no contexto de um relacionamento, quando se dá a contaminação de um dos parceiros. Ele considera o evento da sorodiscordância um elemento processual. Se a soropositividade pode ser definida como um evento biográfico, que demanda um processo de adaptação, a situação de sorodiscordância conhecida também se apresenta como um evento social que intervém na trajetória

de um relacionamento. O anúncio da soropositividade cria condições para uma sorodiscordância potencial e até o conhecimento dos resultados dos exames pelos parceiros há uma fase de distanciamento. O anúncio da soronegatividade corresponde ao evento da sorodiscordância efetiva, um processo de adaptação à doença, no qual se misturam emoções e há um clima de tensão.

Este é o panorama que serve de pano de fundo desta tese. As histórias dos atores sociais que fazem parte desta pesquisa refletem, assim, um contexto mais amplo.

1.2. Relações de gênero

O impacto da soropositividade nas relações heterossexuais, especialmente sobre a conjugalidade e a sexualidade dos casais, dá-se de modo diferenciado nas trajetórias individuais, segundo o gênero. O pertencimento social certamente influencia o modo de recebimento da soropositividade, seja da própria ou a do parceiro. A gramática do gênero impõe-se, com relativa preeminência, sobre outros fatores.

Os estudos de gênero no Brasil são desenvolvidos segundo distintas abordagens teóricas e políticas. Heilborn (2004:19) destaca que o termo gênero privilegia os atributos culturais alocados a cada um dos sexos, em contraste com a dimensão anatomofisiológica dos seres humanos. Além disso, a escolha do termo, nos anos 1980, estava articulada a uma perspectiva construtivista, em oposição à essencialista. Marcava, ainda, a discussão acadêmica sobre uma problemática trazida pelo movimento feminista à universidade: a mulher. O caráter relacional da categoria, no entanto, assinalava a necessária incorporação do gênero masculino a este tipo de reflexão.

Algumas diferenças teóricas são expressas pela própria terminologia adotada nas análises. Nesse sentido, o uso de termos como “assimetria de gênero”, “dissimetria de gênero”, “desigualdade de gênero”, “opressão de gênero” e “dominação de gênero”, para citar os mais utilizados, estão carregados de significados que organizam, de forma distinta, a relação com a disciplina científica e o modo de apreender o mundo social e, ainda, relações de poder nos próprios

espaços – acadêmicos, políticos – que organizam e dentro dos quais se organizam.

Bourdieu trata das “relações entre os sexos” que, no Brasil e em outros países é nomeada “estudos de gênero”.²⁹ Interessante notar que a literatura de gênero, cuja produção brasileira está entre as mais desenvolvidas nas ciências sociais, não é incorporada ao livro de Bourdieu. A única referência à produção brasileira é a referência a Richard Parker, que indica a representação do pênis como arma, em *Corpos, prazeres e paixões* (1991).

Tratando-se de relações conjugais, sobretudo aquelas nas quais os atores sociais se constituem como parceiros afetivos e sexuais “apaixonados”, muitas vezes as relações de poder entre homens e mulheres – explícitas em determinadas situações sociais, como competição em mercado de trabalho ou em contextos mais tradicionais – podem passar despercebidas. Bourdieu (2002) pergunta, de forma provocativa:

“Seria o amor uma exceção, a única, mas de primeira grandeza, à lei da dominação masculina, uma suspensão da violência simbólica, ou a forma suprema, porque a mais sutil e a mais invisível, desta violência?” (Bourdieu, 2002).

Para Bourdieu, a dominação masculina é um exemplo de violência simbólica – sutil, invisível e insensível às próprias vítimas, exercido pela comunicação,

²⁹ Sobre a constituição dos estudos de gênero como disciplina, ver Heilborn (1997).

conhecimento (ou ausência) e sentimento. O autor evidencia os processos responsáveis pela transformação da história em natureza. A violência simbólica permite apontar desigualdades mais tênues de gênero. Não se trata de desconsiderar a violência física sobre as mulheres em distintos lugares e tempos sociais. Porém, a teoria bourdiana, nomeada teoria materialista da economia de bens simbólicos, trabalha com a objetividade da experiência subjetiva das relações de dominação.³⁰

A dominação, na prática subjetiva, se dá a partir de um processo no qual os dominados possuem pontos de vista dos dominantes, e dessa forma é vista como natural. A adesão à dominação pelo dominado possibilita a violência simbólica (Bourdieu, 2002:46-47).³¹

A violência simbólica ocorre em várias relações sociais de dominação, não apenas nas relações de gênero. O objeto em questão – casais sorodiscordantes – coloca em coexistência ‘harmoniosa’ distintos tipos de dominação. Para além da dominação masculina, é possível considerar a dominação simbólica do sujeito positivo sobre o sujeito negativo. A posição social ocupada pelos parceiros – soropositivo ou soronegativo – contém certas propriedades, aprendidas em esquemas de percepção que hierarquizam os sujeitos no cotidiano. A

³⁰ Bourdieu considera que muitos críticos entendem de forma simplista o adjetivo “simbólico. O sentido mais corrente é supor que enfatizar a violência simbólica é minimizar o papel da violência física (não enxergar as mulheres espancadas ou desculpar os homens) ou entendê-la como uma violência “espiritual”, sem poderes reais, concepção simplista para o autor (Bourdieu, 2002: 46).

³¹ O conceito de violência simbólica foi discutido por Bourdieu em outras obras (Bourdieu, 1989).

representação mais comum é que os soronegativos seriam moralmente mais elevados que os positivos.

Apoiado na teoria weberiana, Bourdieu considera que a dominação masculina não pode ser compreendida apenas a partir das forças e razões, mas necessariamente contém a submissão livre e voluntária. Segundo o autor, o efeito da dominação simbólica não é exercido na lógica das consciências cognoscentes, mas através dos esquemas de percepção, de avaliação e ação, constitutivos dos *habitus*. A dominação masculina e a submissão feminina, paradoxalmente, são, na maioria das vezes, espontâneas, e só compreendidas se observados os efeitos duradouros que a ordem social exerce sobre mulheres e homens.

“Os atos de conhecimento e de reconhecimento práticos da fronteira mágica entre os dominantes e os dominados, que a magia do poder simbólico desencadeia, e pelos quais os dominados contribuem, muitas vezes à sua revelia, ou até contra sua vontade, para sua própria dominação, aceitando tacitamente os limites impostos, assumem muitas vezes a forma de emoções corporais – vergonha, humilhação, timidez, ansiedade, culpa – ou de paixões e sentimentos – amor, admiração, respeito –; emoções que se mostram ainda mais dolorosas, por vezes, por se traírem em manifestações visíveis, como o enrubescer, o gaguejar, o desajeitamento, o tremor, a cólera ou a raiva onipotente, e outras tantas maneiras de se submeter, mesmo de má vontade ou até contra a vontade, ao juízo dominante, ou outras tantas maneiras de vivenciar, não raro com conflito interno e clivagem do ego, a cumplicidade subterrânea que um corpo que se subtrai às diretivas da consciência e da vontade estabelece com as censuras inerentes às estruturas sociais”. (Bourdieu, 2002: 51).

Segundo Bourdieu, numa clara crítica às teóricas feministas (sobretudo as marxistas), é ilusório considerar que a violência simbólica pode ser derrotada apenas pela consciência e vontade, pois as condições de sua eficácia estão inscritas nos corpos sob a forma de predisposições (aptidões, inclinações, vocações). Bourdieu critica as feministas marxistas, que trabalham com a idéia de tomada de consciência, por ignorar a teoria das práticas e a inscrição das estruturas sociais no corpo. Também critica os usos do imaginário, pois a dominação não é uma questão de representação mental, fantasia ou ideologia, mas um sistema de estrutura que se impõe nos corpos de modo duradouro. Por isto, uma revolução simbólica feminista não poderia se reduzir a uma conversão da consciência e da vontade, mas deveria estar atrelada às estruturas de dominação e seria preciso uma transformação radical das condições sociais de produção das tendências que levam os dominados a aceitar a relação de dominação. Portanto, a análise materialista dos bens simbólicos permitiria escapar à escolha entre o material e o ideal, ou seja, entre os estudos materialistas e os estudos simbólicos. Heilborn (2004:33) já havia assinalado que Nicole-Claude Mathieu, teórica feminista que defende que o sexo é desconsiderado pelos estudos de gênero, “cede às tentações feministas de fazer nascer uma ‘consciências das mulheres’ onde esta não existe”.

Bourdieu destaca que a dominação masculina, ou, nos termos aqui escolhidos – a assimetria ou desigualdade de gênero – experimentada subjetivamente é, na realidade, promovida, reproduzida e eternizada pelas estruturas de dominação. Ela é produto de um trabalho incessante e histórico de reprodução para o qual

contribuem agentes e instituições específicas, como a família, igreja, escola, Estado, mídia.³² Em relação à epidemia de AIDS à sorodiscordância, é preciso observar as influências destas instituições nas representações coletivas ensejadas pelos atores sociais que encarnam as experiências descritas nesta tese. É relevante entender o estado do sistema de agentes e das instituições nesse trabalho constante de diferenciação a que o casal está submetido e que leva o soropositivo a distinguir-se do negativo, entre outras diferenças sociais apresentadas pelos membros da díade.

Heilborn (2004), a partir das idéias de Louis Dumont sobre hierarquia e individualismo, inaugura, no campo das relações de gênero, o uso do termo assimetria, defendendo que a classificação de gênero comporta necessariamente a hierarquia. A hierarquia, em Dumont, seria inevitável à ordem social; estaria presente como um “resíduo atuante no sistema individualista” (Heilborn, 2004:190).

Heilborn também incorpora à sua análise a leitura de Duarte (1986) sobre Dumont, que considera a obra dumontiana de acordo com dois tipos de análise: o primeiro conteria o estatuto de uma teoria da hierarquia e o segundo recairia sobre a análise do holismo e do individualismo. Sobre a primeira forma de análise, que vai ao encontro da formulação de Heilborn, a construção da teoria da hierarquia se dá a partir de três postulados. O primeiro destaca o *valor* como operador da

³² O princípio de perpetuação da dominação masculina não reside nas unidades domésticas (nesse lugar ele é mais visível e concentrou olhares das feministas), mas em instâncias como escola ou Estado (Bourdieu, 2002: 11).

diferença, o que configura a hierarquia. Esta premissa em Dumont aparece na relação englobante-englobado e, ainda, na afirmação da perspectiva da totalidade. O *valor* para Dumont detém um lugar central, à medida que opera a diferença no interior de uma relação hierárquica. Utilizando a narrativa bíblica de Adão e Eva, Dumont exemplifica como ocorre a configuração de uma relação hierárquica (Heilborn, 2004:23). As relações de gênero comportam, inevitavelmente, a hierarquia que é, para Dumont, uma necessidade lógica do ordenamento social (Heilborn, 2004:25).³³

“Pode-se declarar os sexos iguais, mas quanto mais consigamos torná-los assim, mais destruiremos a unidade entre eles (no casal ou na família), já que o princípio dessa unidade situa-se fora deles, e como tal os hierarquiza necessariamente um em relação ao outro” (Dumont, apud Heilborn, 2004:116).

Os dados etnográficos da pesquisa na sociedade Cabília conduziram Bourdieu a uma compreensão de um “inconsciente androcêntrico”. Os camponeses representariam uma forma paradigmática da cosmologia androcêntrica, que hoje se encontraria, de forma fragmentada, nas estruturas cognitivas e sociais das sociedades (modernas) (Bourdieu, 2002:14). As relações entre os sexos podem ser percebidas, não só nas trajetórias individuais, mas, a partir destas, na coletividade:

“ver o inconsciente que governa as relações sexuais e, de modo mais geral, as relações entre os sexos, não só em sua ontogênese individual, como

³³ Para Heilborn, “afirmar a unidade com dois vivida pelo casal igualitário representa um paradoxo interno” (Heilborn, 2004:118).

também em sua filogênese coletiva, isto é, em sua longa história, em parte imóvel, do inconsciente androcêntrico” (Bourdieu, 2002:123).

Em concordância com Bourdieu, considera-se aqui que o uso analítico da etnografia pode contribuir para historicizar e desnaturalizar o que parece mais natural da divisão entre os sexos, de modo a evidenciar a diferença entre masculino e feminino. Para o autor, as relações de produção e reprodução do capital simbólico possuem, como dispositivo central, o mercado matrimonial. Neste mercado, as mulheres são vistas como objeto de troca, em função do aumento ou da perpetuação do capital simbólico, em poder dos homens.

A heterossexualidade é afirmada e reproduzida com o apoio da igreja, da família, da escola e do Estado (Bourdieu, 2002, Béjin, 1987). A literatura sociológica defende que juntas, estas instâncias agem sobre as estruturas inconscientes. À família cabe o papel principal da reprodução da dominação masculina, por meio da divisão sexual do trabalho (que no caso dos casais pode ser expressa no preparo ou organização da alimentação, na gestão da casa e no cuidado dos filhos). A igreja reforça uma moral familiarista, dominada por valores patriarcais e pela submissão das mulheres aos homens (Bourdieu, 2002).

O casamento via igreja e contrato jurídico encontra-se em declínio na sociedade brasileira. O exercício da sexualidade encerrada no casamento, de acordo com Bourdieu (2002) e Béjin (1987), embora pareça liberto da obrigação matrimonial, permanece subordinado à transmissão do patrimônio, pelo casamento, que é uma

das vias de transferência de propriedade privada. Porém, com a presença do HIV/AIDS na relação, a reprodução, finalidade do casamento para o Estado (Foucault, 1988) torna-se um impeditivo (ainda que contornável biologicamente,³⁴ é um empecilho permanentemente moral). O vínculo heterossexual torna-se socialmente indesejável/reprovável.

É neste contexto de relações hierárquicas de gênero que se dá a heterossexualização da epidemia e que estão inseridos os casais pesquisados.

³⁴ Grinstejn (2002) e Faúndes (2002) mostram como é possível, nos dias de hoje, o processo de reprodução de pessoas soropositivas.

1.3. Pesquisando casais sorodiscordantes

Ao invés de insistir em procedimentos mecânicos
que minimizam o julgamento humano,
podemos tentar tornar as bases destes julgamentos
tão explícitas quanto possível,
de modo que outros possam chegar
a suas próprias conclusões.
(Howard Becker, 1997:20)

Para discutir a temática da sorodiscordância em casais heterossexuais foram entrevistadas vinte e sete pessoas: treze casais e um profissional de saúde. Para facilitar a visualização dos dados, os entrevistados foram divididos em dois conjuntos de pesquisa, aqui referidos como “campo a” e “campo b”, respectivamente, com oito e dezenove entrevistas.

Não há um projeto intencional de contrastar o primeiro conjunto de entrevistas com o segundo campo. Interessa, sobretudo, compreender os mecanismos constitutivos da conjugalidade e da sexualidade frente à pluralidade de trajetórias diante do acontecimento – na maior parte das vezes inesperado – da doença.

Quadro 1: Entrevistas por sexo, status sorológico e campo de pesquisa

Campo/Entrevistas	Homens HIV+	Mulheres HIV+	Homens HIV-	Mulheres HIV-
Campo A	2	2	2	2
Campo B	4	5	5	4
Total	6	7	7	6
	26			

OBS: No “campo b” foi realizada uma entrevista com profissional de saúde para efeito de contextualização do universo.

“Campo a”

O primeiro conjunto de entrevistas foi realizado a partir de 2004 com casais sorodiscordantes de diferentes estados brasileiros. Os informantes não compunham um grupo social no sentido estrito, pois não pertenciam a uma mesma região geográfico-social e não havia semelhança em suas trajetórias de vida. Não se trata de buscar generalização sobre os casais sorodiscordantes de todo o Brasil, o que seria impossível num estudo qualitativo. Com exceção de

uma, as entrevistas foram realizadas em dias diferentes, na residência do “informante”, pois, como aponta Sarti, representam “uma extensão da pessoa” (Sarti, 1983:5). A possibilidade de conhecer a casa dos entrevistados oferecia um acesso ao estilo de vida que ultrapassa o discurso dos entrevistados. Sugestão inicial da pesquisadora (interessada em observar o universo e as redes de referência dos informantes), a decisão final sempre ficou a cargo do entrevistado. Quatro entrevistas foram efetuadas na sala de estar e três no quarto dos entrevistados. Em apenas uma ocasião o parceiro não esteve presente no domicílio no momento da entrevista, o que permitiu observar situações de interação dos casais nos intervalos das perguntas. De fato, a presença do cônjuge/namorado, ainda que em outro cômodo, resultou em alteração no tom de voz do entrevistado, quando algo “sigiloso” era abordado. A hospitalidade foi freqüente: ofereceram lanches e uma vez almocei na casa de uma entrevistada. Apesar de um certo constrangimento, entendi estes gestos como expressão de uma reciprocidade constituída a partir do compartilhamento de histórias tão pessoais. O sentimento de inadequação frente àquelas dádivas surgia diante da minha percepção de que estava ali realizando um trabalho de pesquisa. Os dados coletados neste campo contribuíram para aprofundar questões de pesquisa e formular hipóteses. Após esta etapa os roteiros foram adequados à realidade para o novo campo.

“Campo b”

O “campo b”, no qual foram entrevistados dezenove pessoas (nove casais e um profissional de saúde), foi realizado entre agosto de 2006 e janeiro de 2007, com

pacientes (e seus parceiros) de um serviço de referência para HIV/AIDS (IPEC/FIOCRUZ). Cabe ressaltar que não se tratava de um estudo de caso do serviço de saúde, mas de entrevistar alguns de seus usuários e parceiros acerca de sua vida privada.

Os casais são atendidos no âmbito da coorte de casais sorodiscordantes, que tem como objetivo o acompanhamento clínico e comportamental. Essa assistência inclui o mapeamento de dados demográficos (idade, bairro, renda), a avaliação de risco para o HIV (que consiste em averiguar se há ou não o uso de preservativo e a forma como é utilizado) e a avaliação de escolhas reprodutivas. Os pacientes ligados a essa coorte comparecem ao serviço de saúde de quatro em quatro meses e, em cada visita, respondem a um questionário e recebem, além das consultas clínicas (com médico), consultas de aconselhamento (com psicólogos, em distintos momentos: aconselhamento individual e ao casal).

A coorte de casais sorodiscordantes existe desde junho de 2004 e é constituída por casais homo ou heterossexuais, com parceria não necessariamente fixa. Há alguns critérios de elegibilidade que determinam se as pessoas podem ou não participar. São eles: 1) parceria, não necessariamente fixa, entre um parceiro soropositivo e outro soronegativo; 2) o parceiro positivo deve ter CD4+ igual ou superior a 350 cel mm³; 3) o parceiro positivo não deve nunca ter usado tratamento antiretroviral; 4) o casal deve ter pelo menos uma relação sexual nos últimos três meses da admissão à coorte. As pessoas que não se encaixam

nessas condições são consideradas “inelegíveis”, e são encaminhadas para outros projetos ou estudos de pesquisa do IPEC.³⁵

Os casais designados pela direção do instituto para ser entrevistados nesta pesquisa de doutorado pertencem à parcela de pacientes que, desde o início, foram categorizados como inelegíveis para a coorte de casais ou, ainda, aqueles que ao longo do tempo tornaram-se inelegíveis (por exemplo, o paciente soropositivo com o número de contagem de células CD4 rebaixado, ou aquele que teve uma doença, como tuberculose). Além disso, também foram entrevistados pacientes de outros estudos: Ensaio Clínico e Coorte de Mulheres Soropositivas.

Fernandes, a partir de sua experiência clínica e de suas reflexões em artigo recente (em co-autoria com Khalili, 2006), relata que a composição dos casais sorodiscordantes da coorte de casais seria de 60% de homens e 40% de mulheres, aproximadamente. Seria mais difícil para a mulher ter parceiros, o que se refletiria também na questão dos cuidados do parceiro negativo em relação ao positivo (como bem demonstra Knauth, 1997). Fernandes, porém, pondera que, no início da coorte, alguns profissionais de saúde consideravam a hipótese de ser mais difícil encontrar homens negativos em relacionamentos com mulheres positivas, o que, de fato, o cotidiano ambulatorial revelou. Mas, na amostra do Instituto há casais de mulheres positivas com homens negativos, formados após o

³⁵ Até a finalização da pesquisa, 275 casais passaram pela coorte mas apenas 88 correspondiam ao perfil.

diagnóstico. Dois optaram e correram risco sexual com a parceira, para ter filhos com elas. Porém, na maior parte dos casais sorodiscordantes, a presença do vírus foi descoberta no decorrer do relacionamento, não sendo raro o abandono da parceira pelo homem. Segundo Fernandes, a mulher negativa tende a amparar e cuidar do homem.

As entrevistas

O IPEC interfere especificamente sobre o casal quando ele pertence à coorte de casais sorodiscordantes. A intervenção significa, por exemplo, a realização periódica do teste anti-HIV, de quatro em quatro meses. Os demais casais sorodiscordantes recebem acompanhamento médico no caso de alguma solicitação do soronegativo como: se a camisinha fura, pode procurar o aconselhamento do serviço, para avaliação da necessidade de oferta da profilaxia pós-exposição sexual.

Os casais entrevistados foram selecionados pelo aconselhador do serviço e consultados sobre a disposição em participar pela auxiliar de enfermagem, responsável pelo agendamento de consultas médicas. As entrevistas foram realizadas no próprio serviço de saúde, nos consultórios. Os parceiros compareciam juntos e aguardavam um ao outro, não sendo possível, pela insuficiência de tempo, conversar sobre a entrevista (diferente do primeiro campo, quando as entrevistas foram efetuadas em dias distintos e os parceiros conversavam sobre suas impressões do roteiro).

O desenho inicial dos roteiros de pesquisa (um para a pessoa soropositiva, outro para a negativa) foi baseado, por um lado, na literatura sócio-antropológica sobre HIV/AIDS e, por outro, na experiência obtida no campo antropológico não convencional, a partir das histórias de vida de soropositivos que conheci na ONG e no chamado movimento social de luta contra a AIDS. Algumas questões só se tornaram visíveis, parafraseando Salem (1987:57), por um “conjunto de dados invisível ao leitor”. Mas, ao contrário da situação extremamente dinâmica e relacional de grupo, as entrevistas permitiram uma expressividade mais sistemática sobre a dinâmica conjugal: discursos mais “lógicos”, menos segmentados ou entrecortados pela interação ou pela presença de outros atores, senão do próprio entrevistado e da pesquisadora. Ainda assim é preciso considerar que algumas informações podem ter sido mantidas em segredo.

Nas entrevistas buscou-se reconstruir as trajetórias (sócio-educacional, da doença e afetivo-sexual) dos informantes, até o encontro afetivo-sexual em questão. Dessa forma, torna-se possível perceber a correlação entre a trajetória e a estrutura, inclusive do sistema de ensino (Bourdieu, 2003:705) e de outras disposições. Os roteiros se subdividiram em quatro partes: a) descoberta e revelação da soropositividade no par, b) encontro com o parceiro atual e a vida afetivo-sexual, e c) cotidiano, relações familiares e HIV/AIDS, d) dados sócio-demográficos, exame das origens sociais e experiências anteriores.

As entrevistas semi-estruturadas com os dois parceiros seguem a liberdade, como propõe Becker (1997), de uma metodologia mais artesanal de fazer ciência, na qual o pesquisador pode produzir o método adequado para realizar seu trabalho e

resolver seus problemas.³⁶ O estudo do casal deve levar em conta certos pressupostos, como os provenientes do interacionismo simbólico: os pensamentos, sentimentos e comportamentos dos indivíduos são influenciados pela real, imaginada ou implicada presença de outros. Isto não significa desconsiderar o peso das estruturas sociais sobre os indivíduos, mas sobretudo levar em conta que o que aqui entende-se por subjetividade está conformado pelas possibilidades do contexto social. Portanto, as interações sociais ocorrem sob pressão de estruturas sociais. Este aspecto sobressai no estudo da conjugalidade (Heilborn, 2004) e das relações sexuais (Orbuch e Harvey, 1991). Esta perspectiva, que considera a importância de outros no processo de construção das biografias e, mais especificamente, a relevância do parceiro na socialização (Singly, 2003), foi central na aplicação das perguntas e na análise das respostas e conversas. Apesar do foco incidir mais sobre a conformação das identidades e dos significados construídos pelos entrevistados, a interação do par demonstrou ser um dado relevante.

A abordagem aos parceiros foi feita, invariavelmente, em momentos distintos, para que os entrevistados ficassem à vontade para apresentar sua história e expressar sua compreensão sobre sexualidade e a relação com a doença. Permitiu também minimizar o *bias* e a interferência de um informante sobre o outro e, ainda, observar e analisar as diferenças de percepção e significação dos fatos, segundo

³⁶ Sobre este tema, Heilborn (2004:72) afirma: “toda pesquisa tem uma história geralmente não tão linear quanto a que nos é dado conhecer. Substancialmente feita de hesitações e obstáculos, ela surge afinal, por força de tanto se meditar sobre a lógica do que está sendo apresentado e do que se está na verdade perseguindo, sob um estilo mais ou menos convincente aos olhos do leitor”.

o gênero do entrevistado. Por fim, permitiu delimitar com clareza as diferenças de gênero, no que concerne ao impacto da doença na conjugalidade e sexualidade.

Alguns entrevistados do campo b faltaram às entrevistas, o que ocorreu oito vezes, redundando na perda ou atraso de dezesseis entrevistas. Algumas observações foram anotadas no caderno de campo, especialmente o não dito, as pausas e os olhares – complementando o discurso falado. Observaram-se diferenças nas respostas e, mais ainda, de posturas e reações de homens e mulheres no contexto da abordagem. Salvo algumas exceções, os homens eram menos refratários às perguntas que versavam sobre sexualidade que as mulheres que, de alguma forma - mesmo sendo a pesquisadora do sexo feminino - ficavam inibidas ao abordar suas práticas sexuais preferidas e as contingências provocadas pela doença.³⁷ A prolixidade das pessoas soropositivas constituiu uma surpresa para a pesquisadora. Este dado pode ser interpretado – ao menos em parte – devido ao reduzido espaço do tema da AIDS no cotidiano, livre, portanto, de questionamentos e reflexões acerca da doença e do impacto em sua vida. Privei-me de contrastar, durante a entrevista, alguns fatos e versões sobre saúde e doença. Por vezes senti-me constrangida a aprofundar tais fatos por receio de utilizar, “desautorizadamente”, detalhes sabidos em entrevista anterior. Quando certos detalhes que já conhecia eram mencionados pelo segundo entrevistado, enfatizei ainda mais a postura de neutralidade diante da informação recebida.

³⁷ Nesse sentido, a pesquisa parece divergir dos dados de Heilborn (2004:78), em sua pesquisa sobre conjugalidade igualitária. Segundo a autora, “os homens heterossexuais não se mostravam particularmente animados com a investigação”, e muitos indivíduos recusaram-se a dar entrevistas. No entanto, há semelhanças com a pesquisa de Machado (2003), com homens heterossexuais de um bairro popular de Porto Alegre. Segundo a autora, eles mostraram-se sempre dispostos e curiosos em participar de sua investigação.

Questionar sobre o receio de infecção em algumas entrevistas não foi tarefa simples, ainda que seja esse um dos pontos centrais desta tese. A resistência percebida por mim nos entrevistados fazia com que a pergunta fosse formulada de modo muito sutil.

O anonimato deve se dar em dois planos: o do casal, para o público em geral, e o das próprias pessoas pesquisadas, para que a díade não reconheça situações nas quais são feitas referências a um dos membros, de forma privada, à pesquisadora. Heilborn (1992) e Moutinho (2003), que trabalharam com casais, também registraram essa preocupação em suas pesquisas. Uma solução utilizada por estas autoras consiste em mencionar dados sócio-demográficos mínimos sobre os “informantes” – e por vezes substituí-los por equivalentes - tendo em vista o sigilo dos entrevistados. Evito, assim, discriminar situações específicas, informadas em “sigilo absoluto”, questões desconhecidas do parceiro, a mim reveladas. Quando utilizados dados dessa natureza, são diluídos na análise de modo mais geral, sem remissão direta às pessoas originais ou, ainda, suprimindo seus nomes. Muitas vezes a entrevista gerou a emergência de emoções e, em algumas ocasiões, as entrevistas foram exaustivas. Cabe registrar que, à medida que o objeto sociológico enfoca sujeitos humanos (Da Matta, 1990) e a experiência de uma doença que ainda não tem cura, os sentimentos provocados fazem do exercício de relativização uma tarefa complexa.

O fato do entrevistado não ter se indagado sobre algumas questões que surgem durante a pesquisa impedia o aprofundamento de perguntas delicadas, como as

relativas ao medo de transmissão e à separação motivada pelo HIV/AIDS.³⁸ Como questiona Becker (1997:53), “até que ponto a declaração do informante seria a mesma na ausência do observador, seja ela feita espontaneamente ou em resposta a uma pergunta?” Como aponta Bourdieu (2003: 695), é o pesquisador que inicia e estabelece a regra do jogo e atribui à entrevista, unilateralmente e sem negociação prévia, os objetivos – às vezes confusos para os entrevistados – presentes numa relação dissimétrica.

Cabe mencionar mais um aspecto, fundamental para uma discussão metodológica: os motivos que nortearam a decisão dos sujeitos em conceder entrevistas baseou-se na possibilidade de “ajudar”. Para eles, falar sobre este tema pode “contribuir para a redução do preconceito”, “melhorar a vida das pessoas soropositivas” e “evitar que outras pessoas se contaminem”.

Em muitas ocasiões fui considerada uma profissional de saúde, pois o tema da AIDS é inevitavelmente associado à medicina. No primeiro campo, numa das residências visitadas, toda a família recebeu-me como se eu fosse uma “doutora”. Essa situação foi ainda mais recorrente nas entrevistas realizadas no serviço de saúde. Era chamada de “doutora” e algumas vezes dúvidas sobre saúde eram encaminhadas a mim. Era difícil para os entrevistados compreender o sentido de uma investigação sócio-antropológica sobre HIV/AIDS.

³⁸ Orbuch e Harvey (1991) assinalaram o quão delicado é obter dados sobre sexualidade no contexto de relacionamentos fechados. A sexualidade nessa esfera não é apenas uma atividade pessoal, mas é percebida como algo passível de acarretar conseqüências sobre a manutenção dos casais. Investigar o exercício da sexualidade em relacionamentos pode, de fato, mudar ou influenciar o curso da relação, por levantar temas e conduzir à reflexão sobre eles.

Uma auxiliar de enfermagem, responsável pelo agendamento de consultas médicas, foi designada pela direção a contatar os pacientes – e seus respectivos parceiros – já previamente selecionados pelo hospital. Expliquei à funcionária responsável pelo recrutamento das entrevistas – e reforcei esta informação por ocasião das mesmas, pela leitura e explicação do termo de consentimento livre e esclarecido – que a entrevista não era uma consulta. Disse ainda que a pesquisadora não integrava o corpo profissional do hospital, que sua função não era avaliar o serviço, os profissionais ou os pacientes e, ainda, que a participação na entrevista não conferiria aos participantes qualquer “benefício”. Contudo, algumas anotações do caderno de campo, embora soem anedóticas, expressam a impossibilidade de controle sobre esses fatos. As pesquisas não ocorrem nas condições ideais e planejadas, pois estão sujeitas aos “imponderáveis da vida real” (Malinowski, 1975), o que pode ser ilustrado pelas seguintes falas:

“Você esqueceu da *consulta*? A nossa pesquisadora estava esperando por você. Sabe o que você faz? Você cola um bilhete na geladeira para não esquecer mais!” (profissional responsável pelo agendamento das entrevistas)

“Eu gostaria de saber que tipo de *benefício* nós vamos ter. Eu aceitei porque achei que seríamos incluídos na pesquisa (clínica, da Fiocruz).” (Leonardo)

A confusão entre pesquisador e médico pode ser um complicador, desfeito aos poucos, com a apresentação da pesquisa e com as perguntas, de caráter mais privado e interessado nas representações – ou na “experiência pessoal”. No

entanto, ele não pode ser descartado, pois se configura como um *bias* a ser considerado na análise.

Todas as entrevistas foram admitidas por meio de consentimento informado (em anexo), de forma a cumprir as exigências ético-metodológicas da área de Saúde Coletiva. Com duração de duas a quatro horas e meia, considero ter estabelecido, com todos - ou quase todos - “informantes” um diálogo rico acerca de suas experiências afetivo-sexuais, à exceção de duas entrevistas que, aparentemente, apresentavam menos dados. No entanto, em reflexão posterior, os silêncios, limites e pausas foram percebidos como cruciais para a análise.

A pesquisa produziu uma grande quantidade de dados. As entrevistas são muito ricas em detalhes e contêm mais informações do que as apresentadas aqui. A análise das pesquisas baseadas em observação participante é conduzida seqüencialmente (Becker, 1997: 49): partes fundamentais são realizadas enquanto o pesquisador está em campo – coletando dados –, o que enfatiza a relação etnografia-produção teórica. Todas as entrevistas foram gravadas, transcritas (parcial ou integralmente) e sistematizadas em um quadro comparativo de categorias, desenhado para a análise dos dados, considerando o contexto da relação na qual o entrevistado estava inserido. Analisou-se o sistema de interação entre pesquisador e pesquisado para enfrentar os problemas que surgiam e, portanto, para formular novas hipóteses, à medida que o campo prosseguia (Becker, 1997:30, 121).

Perfil dos entrevistados

O perfil dos entrevistados é apresentado, a partir dos dados sobre faixa etária, cor, escolaridade, ocupação, local de moradia, religião, renda, tipo de vínculo e tempo de relacionamento. Informações sobre renda e cor foram inseridas no roteiro de perguntas somente no “campo b”, após revisão do instrumento.

Quadro 2. Mapa sinóptico

O quadro disponibiliza informações sócio-demográficas para a localização dos entrevistados. O “campo a” corresponde aos casais 01 a 04 e o “campo b” compreende os casais 05 a 13. Todos os nomes são fictícios e optou-se por batizar o casal com as mesmas iniciais para facilitar a leitura e as referências aos relatos. Os primeiros nomes correspondem ao membro soropositivo do casal.

	Nome	Idade	Cor	Escolaridade	Ocupação	Local de Moradia	Religião	Tipo de vínculo	Renda	Tempo de Relacionamento
C.01										5 anos
HIV+	Alberto	36	Branca (cor atribuída pela pesquisadora)	Superior incompleto	Comerciante; possui pequena empresa	Irajá, com filho do primeiro casamento. Compartilha quintal com filha e genro	Sem religião	Casamento (não contratual)		
HIV-	Ana	34	Negra (cor atribuída pela pesquisadora)	Ensino médio	Auxiliar de enfermagem	Irajá	Sem religião	Casamento (não contratual)		
C.02										5 anos
HIV+	Bruno	33	Branca (cor atribuída pela pesquisadora)	Superior (está no momento cursando 2ª faculdade)	Vendedor comercial	Centro	Sem religião	Casamento (contratual, com cerimônia religiosa católica)		
HIV-	Bianca	29	Branca (cor atribuída pela pesquisadora)	Ensino Fundamental	Cabeleireira	Centro	Católica	Casamento (contratual, com cerimônia religiosa católica)		
C.03										1 ano
HIV+	Carolina	48	Branca (cor atribuída pela pesquisadora)	Superior	Professora; consultora na área de Direitos Humanos	São Paulo Mora sozinha	Sem religião	Namoro		
HIV-	Carlos	31	Parda (cor atribuída pela pesquisadora)	Ensino Médio	Comerciante	São Paulo	Sem religião	Namoro		

C.04											5 anos
HIV+	Daniela	36	Branca (cor atribuída pela pesquisadora)	Superior	Profissional de marketing	São Paulo Mora sozinha	Sem religião	Namoro			
HIV-	Diogo	51	Branca (cor atribuída pela pesquisadora)	Superior	Administrador	São Paulo Mora sozinho	Católico e freqüentador esporádico do espiritismo	Namoro			
C.05											10 anos
HIV+	Eva	31	Parda (cor auto-atribuída)	Ensino médio incompleto	Não exerce atividade remunerada	Piabetá, com filho e parceiro	Evangélica. Assembléia de Deus	Casamento (não contratual)	Não tem		
HIV-	Ernesto	30	Moreno claro ou pardo (cor auto-atribuída)	Ensino Médio	Cobrador de ônibus	Piabetá, com filho e parceira	Criado na Católica, mas não era praticante. Atualmente freqüenta a Igreja Assembléia de Deus	Casamento (não contratual)	R\$600,00		
C.06											4 anos
HIV+	Flávio	32	Pardo (cor auto-atribuída)	8ª série	Garçom	Rio das Pedras	Batista	Casamento (não contratual)	R\$800,00		
HIV-	Fernanda	29	Branca (cor auto-atribuída)	Ensino Médio	Recepcionista de hotel	Rio das Pedras	Católica (não praticante)	Casamento (não contratual)	R\$800,00		

C.07										38 anos
HIV+	Geraldo	61	Moreno (cor auto-atribuída)	4º ano primário	Marinheiro (aposentado)	Duque de Caxias	Evangélica Batista (desde a descoberta da doença)	Casamento	R\$1.100,00	
HIV-	Gorete	58	Clara (cor auto-atribuída)	Nunca estudou	Nunca exerceu atividade remunerada	Duque de Caxias	Evangélica (Batista)	Casamento	Não tem	
C.08										1 ano
HIV+	Hilda	31	Manchada; nem morena, nem branca (cor auto-atribuída)	8ª série incompleta	Aposentada devido ao HIV/AIDS; foi operária de uma grande empresa. Possui uma barraca de sucos	Belford Roxo, com 2 filhos. Compartilha o quintal com a mãe	Freqüentou a Igreja Evangélica. Agora está "afastada".	"Fica". Define seu parceiro como "ficante".	R\$500,00	
HIV-	Hélio	23	Parda Moreno (cor auto-atribuída)	2º grau completo	Possui barraca de lanches. Eventualmente "faz bicos" diversos com o pai	Belford Roxo, com os pais e outros familiares (8 pessoas)	Freqüentou a Igreja Evangélica por quatro anos. Atualmente não tem religião.	Define sua parceira como "companheira"	R\$600,00	
C.09										11 anos
HIV+	Inês	34	Negra (cor auto-atribuída)	8ª série	Fotógrafa de eventos	Define como Jardim América. Mora com o parceiro, filhos e enteada.	Evangélica (Igreja da Graça)	Define seu parceiro como "um pouquinho de tudo"	R\$800,00	
HIV-	Ismael	47	Negra (cor auto-atribuída)	Atualmente cursando ensino médio	Atualmente desempregado. Metalúrgico, bombeiro hidráulico, professor de futebol	Define como Vigário Geral. Mora com a parceira, filhos e enteado.	Foi evangélico (Igreja Nova Vida). Está afastado há 2 ou 3 anos	Esposa (casamento não contratual)	R\$800,00	

C.10										1 ano
HIV+	Janaína	23	Branca (cor auto-atribuída)	7ª série	Manicure, atualmente “parada”	Duque de Caxias	Criada na religião católica. Atualmente frequenta Igreja Evangélica por influência da sogra	Marido	Não tem renda	
HIV-	Júlio	23	Parda Amarela Branca (cor auto-atribuída)	1º ano do segundo grau	Trabalha em pequeno comércio do pai, e “faz bicos” de garçom aos finais de semana	Duque de Caxias	Foi evangélico (Igreja Batista). Pais evangélicos.	“Moram junto”	R\$800,00 a 1.500,00	
C.11										10 anos
HIV+	Leonardo	36	Moreno Pardo (cor auto-atribuída)	2º ano do 2º grau	Auxiliar de secretaria em escola pública e motorista de ônibus	Padre Miguel. Mora com Laura. Compartilham o quintal com os seus familiares.	No momento, “está meio fora”. Até a adolescência frequentou a Igreja Batista.	Define sua parceira como “a atual”	R\$1.100,00 a 1.200,00	
HIV-	Laura	34	Branca (cor auto-atribuída)	2º grau (cursando)	Possui barraca de lanches; anteriormente trabalhava em Caixa Lotérica.	Padre Miguel. Mora com Leonardo. Compartilham o quintal com os familiares dele.	Frequenteou Igreja Evangélica (Assembléia) No momento não frequenta nenhuma igreja.			
C.12										2,5 anos
HIV+	Maria	28	Negra (cor auto-atribuída)	8ª série	“Em casa; e é manicure também”.	Duque de Caxias	Não tem religião. Já frequentou a Igreja Evangélica Cristã	Marido (casamento não contratual)	Não tem	
HIV-	Mário	29	Preta (cor auto-atribuída)	Superior completo	Professor da Rede Estadual de Ensino	Duque de Caxias	Não tem e nunca teve religião	Esposa (casamento não contratual)	R\$1.400,00	

C.13										
HIV+	Nelson	37	Branca (cor auto-atribuída)	2º grau completo	Comerciante (padaria, açougue, sacolão)	Santa Cruz, com mãe e irmãs	Evangélica – Vida Plena (em frente ao seu comércio).“Vai vez por outra”.	Namorada	“Deu uma quebrada”. Atualmente, R\$3.000,00.	10 anos
HIV-	Nadir	33	Parda (cor auto-atribuída)	Superior (cursando)	Assistente de Depto Pessoal	Bangu, com filho e mãe	Religião Evangélica. Freqüenta há dez anos a Assembléia de Deus	Casamento	R\$900,00	

OBS: O salário-mínimo brasileiro no período de realização de trabalho de campo era de R\$350,00.

Os casais³⁹

Casal 1: Alberto e Ana

Homem branco, olhos azuis e cabelos grisalhos quase brancos, começando a ficar calvo, Alberto está na casa dos trinta e cinco anos. Com escolaridade superior incompleta, interrompeu a graduação em faculdade particular pois achava muito cansativo (“não agüentava”). Pequeno comerciante, morador de subúrbio do Rio de Janeiro, possui residência própria, além de casa de praia e dois veículos. Tem dois filhos do primeiro casamento que moram no quintal de sua casa. Sua segunda esposa, com quem permaneceu por cerca de cinco anos, faleceu grávida, em decorrência do HIV/AIDS.

Ana é negra, alta, corpulenta, 34 anos, tem um filho e dois casamentos anteriores sem vínculo formal. Originária de família extremamente pobre, foi moradora de favela na infância e adolescência. Saiu de casa ao engravidar, relatando alcoolismo e agressão paterna. Permaneceu alguns anos com o marido. Teve várias ocupações, como doméstica e costureira. Concluiu o ensino médio e é recém concursada do serviço público. Pretende cursar faculdade. Possui pequena casa própria e uma renda significativamente menor que a de seu companheiro. A religião não é valorizada pelo casal: ambos foram criados no catolicismo, mas freqüentavam esporadicamente e relatam não possuir filiação religiosa.

³⁹ Vale lembrar que o primeiro nome refere-se sempre ao parceiro soropositivo.

Casal 2: Bruno e Bianca

Bruno é soropositivo, branco, cabelos e olhos castanhos, escolaridade superior. Ex-morador da zona sul carioca, após o casamento mudou-se para um bairro da periferia. Com 34 anos, tem ocupação mediana, e sua renda é muito maior que a de Bianca. Ela é branca, de estatura pequena, com 29 anos, estudou até o ensino fundamental. Não é carioca, reside no Rio há cerca de dez anos, morou em vagas alugadas na zona sul e é cabeleireira. Católica missionária, possui bíblias e santos na sala de sua casa. Juntos, têm renda aproximada de 4 a 5 SM.

Casal 3: Carolina e Carlos

Carolina tem quase cinqüenta anos, é branca, possui nível superior e não tem religião. Teve uma filha do primeiro casamento, nos anos 1980 (contraiu o HIV na mesma década, após separar-se, em uma época em que a doença atingia majoritariamente homossexuais). Fez terapia com psiquiatra e diversos tipos de tratamentos alternativos para o HIV/AIDS. Independente financeiramente, trabalha na área de Ciências Humanas, é extremamente politizada (ativista do movimento feminista e na luta contra a AIDS), falante e prolixa. Fez de sua doença um fato público. Carlos, quinze anos mais novo, com menor nível de escolaridade (cursou até o ensino médio), é pequeno comerciante, tímido, de pouca conversa. Ambos recebem rendas aproximadas, embora ele possua menos capital cultural que ela. A trajetória pessoal de Carlos é marcada por uma doença anterior, que ele considera ser muito pior que o HIV.

Casal 4: Daniela e Diogo

Daniela e Diogo têm trajetórias de vida análogas. Ela possui uma posição profissional bem sucedida: tem nível superior, fez pós-graduação, tem emprego e renda compatíveis com sua inserção em camadas médias. Possui veículo e casa própria, em bairro de classe média. Morava sozinha, mas atualmente sua mãe reside com ela. Ascendeu socialmente, em relação à sua família de origem. Não tem religião. Diogo tem 51 anos, é branco, foi casado anteriormente, possui nível superior e ocupa uma posição de destaque em sua área profissional. Possui casa e veículos. Católico de formação e freqüentador esporádico do kardecismo, teve um caso extremamente doloroso de câncer e falecimento em sua família. Sua família de origem tinha renda e prestígio inferiores aos seus.

Casal 5: Eva e Ernesto

Ernesto é filho de marceneiro com doméstica, tem 30 anos e é cobrador de ônibus. Eva é filha de vigilante com doméstica, tem 31 anos e não exerce atividade remunerada. Ambos são pardos e possuem ensino médio (incompleto, no caso dela). A renda familiar é de menos de 3 SM. Ele foi criado na religião católica, mas hoje ambos freqüentam a Igreja Assembléia de Deus que, segundo Ernesto, “dá forças para seguir em frente”. Ela, por sua vez, “agradece a Deus por ter lhe dado ele. Quem está na Igreja não pode ficar sem casar”. A família é muito valorizada pelo casal, sobretudo por Ernesto. Moram juntos no interior do estado do Rio de Janeiro.

Casal 6: Flávio e Fernanda

Flávio se definiu como moreno, tem 32 anos, está no terceiro casamento e tem dois filhos (um de cada esposa). Estudou até a oitava série e “de vez em quando” freqüenta a Igreja Batista. Trabalha como garçom e mora na casa de Fernanda, em um bairro popular. Fernanda tem 29 anos, é branca, migrante, veio morar no Rio de Janeiro há nove anos, para “melhorar de vida”. Católica não praticante, trabalha atualmente como recepcionista de hotel, concluiu o ensino médio e planeja fazer faculdade. Cada um ganha aproximadamente 2,5 SM.

Casal 7: Geraldo e Gorete

Moradores da Baixada Fluminense, vieram de outro estado para o Rio de Janeiro na década de 1970. Juntos, têm dois filhos. São evangélicos, sendo ela freqüentadora praticante, e ele convertido desde 2003, pela doença. Geraldo tem 61 anos e é “moreno-pardo”. Marinheiro “encostado” (aposentado) por HIV/AIDS e hepatite, cursou até o quarto ano primário e, após a doença, voltou a estudar. Gorete tem 58 anos e pele clara. Nunca estudou nem exerceu trabalho remunerado.

Casal 8: Hilda e Hélio

Hilda e Hélio residem em casas separadas, na Baixada Fluminense. Ela, com dois filhos de casamento anterior; ele, com uma numerosa família. Hélio a define como “companheira” e Hilda o considera “ficante”. Ela tem 31 anos, é “manchada: nem preta, nem branca” - e estudou até a oitava série, mas não concluiu o ensino fundamental. Trabalhava como operadora de máquinas em

uma grande empresa, mas foi aposentada devido ao HIV/AIDS. É vendedora e tem renda de 1,5 SM. Foi evangélica por muitos anos, mas atualmente “está afastada” da religião. Diz-se deprimida. Hélio também é vendedor, vive de “biscates”, tem renda de 1,5 SM e freqüentou a religião evangélica durante quatro anos. Com 23 anos, se considera muito jovem para casar.

Casal 9: Inês e Ismael

Este casal apresenta relativa diferença etária: Inês é negra, 34 anos e Ismael é negro, 47 anos. Ela estudou até a oitava série e trabalha com eventos. Ismael voltou a estudar e cursa atualmente o ensino médio. Possui várias ocupações, dentre as quais metalúrgico e bombeiro hidráulico. Inês define-se evangélica, e Ismael já pertenceu a esta religião, mas “está afastado” há três anos. Cada um ganha cerca de 2,5 SM.

Casal 10: Janaína e Júlio

Janaína e Júlio formam o casal mais jovem da pesquisa. O vocabulário dos dois destoa dos outros pelo uso de gíria, própria ao universo juvenil. Ele se define “pardo, amarelo, branco, uma mistura de raças”. Tem 23 anos, não concluiu ainda o ensino médio, trabalha no pequeno comércio do pai e faz biscates aos finais de semana para complementar a renda. Seus pais freqüentam a Igreja Batista, instituição que também freqüentou, dos cinco aos quinze anos. Ao “afastar-se, por vícios do mundo, seus pais *piraram o cabeça*”. Sua renda varia de 2 a 4 SM. Janaína, 22 anos, “morena/mulata/mestiça”, estudou até a sétima série. É manicure, mas “está

parada” no momento. Morou com o pai e a madrasta na Baixada Fluminense até coabitar com Júlio, na mesma região.

Casal 11: Leonardo e Laura

Ele é moreno, tem 36 anos, estudou até a metade do ensino médio e possui duas ocupações (auxiliar administrativo de dia e motorista à noite). Frequentou a Igreja Batista até a adolescência. Sua renda é de 3 SM. Laura tem 34 anos, é branca, cursa o ensino médio e é vendedora. Frequentou a Assembléia de Deus, mas no momento declara-se sem religião. Residem na zona oeste da cidade do Rio de Janeiro.

Casal 12: Maria e Mário

Maria é negra, 28 anos e estudou até a 8ª série. É manicure, mas não trabalha atualmente. Tem dois filhos: um de relacionamento anterior, e outro com Mário. Ele, de cor preta, 29 anos, graduação completa e é professor. Sua renda atual é de 4 SM. Os dois declaram não possuir religião, mas já frequentaram a Igreja Evangélica Cristã. Residem na Baixada Fluminense, em Duque de Caxias.

Casal 13: Nelson e Nadir

Nelson, 37 anos, é branco e comerciante. Reside em um bairro da zona oeste do Rio de Janeiro, com mãe e irmãs. “Uma vez ou outra “vai à Igreja Evangélica Vida Plena e já frequentou a Igreja Evangélica Assembléia de Deus, quando residia com Nadir. Atualmente sua renda é de aproximadamente 8 a 9 SM. Nadir, 33 anos, branca e cursando nível superior, trabalha como

assistente administrativa e reside com sua mãe e o filho do casal, em outro bairro da zona oeste carioca. Frequenta a Igreja Evangélica Assembléia de Deus há dez anos e tem renda aproximada de 2,5 SM.

Estilo de vida e capital simbólico

Bourdieu (1998, 2002, 2003) e Boltanski (1989) são enfáticos, ao afirmar a existência de um *habitus* que rege um sistema de regras profundamente interiorizadas para os membros de um mesmo grupo. Tais regras nunca são expressas na totalidade nem sistematicamente, o que possibilita a impressão de que um indivíduo é diferente – e personalizado – em relação a outro. Ao incorporar os hábitos cotidianos, os indivíduos os naturalizam de forma a traduzir numa “quase natureza” o que é sobremaneira uma construção cultural (Bourdieu,1983c).

Em Bourdieu, a noção de capital como relação social é tomada de empréstimo do marxismo, para o qual a posse do poder econômico confere poder de dominação aos sujeitos. Dessa forma, o capital cultural expressa uma relação privilegiada do sujeito com a cultura escolar. O capital social designa a rede de relações sociais. Tanto o capital cultural quanto o capital social são responsáveis pela desigualdade social, que opõe indivíduos e grupos sociais: o acesso diferencial aos bens simbólicos produz gostos diferenciados (como se fossem uma disposição nata) e a distinção social (Bourdieu, 1983, 1989, 2002; Loyola, 2002:66;). Boltanski (1989), que também trabalha com esses conceitos, utiliza a terminologia “hierarquia social” para se referir às diferenças entre indivíduos que ocupam posições sociais distintas, de acordo com a

categoria sócio-profissional. Estas diferenças de visão de mundo se expressam, por exemplo, no vocabulário, filiação religiosa ou na escolha dos cônjuges.

A linguagem não é mensurável numericamente, mas é extremamente fecunda para localizar socialmente os sujeitos (Bernstein, 1977). Um homem jovem, por exemplo, faz uso de gíria própria ao seu grupo de referência durante toda a entrevista, enquanto um homem mais velho, morador de um bairro vizinho, utiliza outros códigos verbais para falar sobre doença, conjugalidade e sexualidade. Já um terceiro homem, de idade e renda aproximada a este último, mas com trajetória escolar e ocupação diferenciada, atribui um valor distinto ao trabalho médico. Bernstein se dedicou a analisar códigos e classes sociais (Bernstein, 1977; Boltanski, 1989) e demonstra, por exemplo, que membros das classes populares não possuem certos esquemas conceituais da introspecção, o que conduz a maior dificuldade na construção de discursos sobre suas experiências íntimas. De fato, com exceções, os entrevistados do “campo b” foram menos prolixos ao falar de suas experiências biográficas e sexuais, em comparação aos sujeitos do “campo a”. No entanto, é preciso ponderar que o ambiente familiar da casa (onde ocorreram as primeiras entrevistas), contrastivamente ao espaço hospitalar – burocrático e impessoal – também concorreu para uma menor desenvoltura do entrevistado. Tais questões, por vezes não explicitadas na análise, são de grande importância para o cientista social.

Grupos diferentes são classificados a partir de valores distintos, que os opõem a outros grupos. Utilizam uma linguagem, incorporada inconscientemente, que sintetiza e permite identificar sua identidade como membro de um determinado grupo. Um mesmo objeto pode receber classificações opostas, quando julgado por grupos diferentes. Bourdieu (1983) exemplifica esse argumento mostrando como as palavras “divertido” e “gozado” são utilizadas para distinguir indivíduos de distintas classes sociais. No contexto francês, as conotações sociais da palavra *divertido*, associadas a uma certa pronúncia, uma locução socialmente marcada, mais para burguesia, entram em contradição com valores expressos, afastando aqueles que se reconheceriam em um equivalente popular, como *engraçado* ou *gozado* (Bourdieu, 1983:86-87). Guardando-se as devidas diferenças, o entendimento do vocabulário sobre as representações sobre sexualidade é útil para compreender a linguagem diferencial segundo a inserção social.

O único critério de inclusão de entrevistados na pesquisa era o pertencimento a um relacionamento heterossexual sorodiscordante. Não houve preocupação de inserir ou excluir sujeitos de acordo com a sua inserção de classe. Portanto, a tentativa de recuperar a trajetória social dos informantes na entrevista é fundamental para entender tanto as representações e os valores sobre doença quanto as transformações que ocorreram a partir da relação conjugal (Singly, 2003). Um entrevistado de camada popular, com família de origem com baixa renda e capital cultural, pode ascender socialmente por meio da escolarização e refinamento cultural. Pode-se indagar se ele pertence às camadas populares ou médias. À exceção de Bruno, os dados do “campo a” indicam que houve

mobilidade social de todos os entrevistados. A escolaridade dos pais é similar ou inferior a dos entrevistados na hierarquia social.

A adesão à psicanálise, um signo de distinção social que molda a moralidade de grupos sociais descritos como camadas médias intelectualizadas (Salem, 1987), não é, por si só, um elemento capaz de distingui-las. Há, entre os segmentos descritos como camadas médias, sujeitos para os quais a psicanálise não é elemento definidor de visão de mundo. Por outro lado, houve também uma intensa difusão da psicanálise, seja pelos meios de comunicação de massa, seja pelo acesso a cursos de psicologia, que a faz presente noutros universos sociais que não as camadas médias. Os dados coletados “no campo a” não são homogêneos a ponto de definir todos os sujeitos como pertencentes a uma mesma classe.

A maior parte dos dados da pesquisa é proveniente do “campo b”. Aproxima-se da tendência de pauperização da epidemia (Brasil, 2006). Com renda familiar média de quatro salários-mínimos, os entrevistados são, em sua maioria, moradores de zonas periféricas do município do Rio de Janeiro ou do interior do Estado. Em quatro casais as mulheres não exercem qualquer atividade profissional e não têm renda. As ocupações masculinas variam entre profissões mais valorizadas financeiramente, pequenos comerciantes e professores, motoristas de ônibus, vendedores ambulantes, marceneiros, corretor, garçom, marinheiro, metalúrgico. Entre as ocupações femininas, manicures, cabeleireiras, vendedoras, auxiliares de enfermagem e comerciárias. Vale ressaltar que, entre os entrevistados, há trabalhadores

excluídos do mercado formal, que realizam “biscates” e “bicos” como complemento à renda salarial ou os que só mantêm esta atividade. Note-se que a composição deste grupo de entrevistados foi aleatória e reflete um perfil de usuários do sistema público de saúde, inclusive raramente os componentes do “campo b” possuem plano de saúde.⁴⁰ A escolaridade dos homens é superior à de suas parceiras em sete de nove casais. Com poucas exceções, suas casas são alugadas e eles têm projetos de adquirir casa própria.

Os estilos de vida também definem o pertencimento de classe e são expressos pelas escolhas. O gosto, produzido socialmente, orienta a escolha de casa, decoração, móveis, quadros, livros, automóveis, cigarros, perfumes, roupas. Os parceiros sexuais não fogem a essa regra. Os estilos de vida, que podem ser aqui entendidos como “cultura”, são expressos pelo gosto e os costumes e hábitos são vinculados a uma maneira específica de olhar o mundo, ultrapassando uma lógica econômica estrita. A construção social do gosto (Bourdieu, 1983a, 1983 b) é produzida por diferentes exposições ao sistema escolar. Através do gosto é possível apreender certas diferenças de classe.

Para a análise dos dados, esta tese considera o uso metodológico das trajetórias e biografias (Bourdieu, 1998; Bajos et. al, 1999; Ferreira e Amado, 1998; Parker e Aggleton, 2001), o que permite refletir sobre a idéia de processo. Assim, evita-se categorizar os entrevistados em uma posição estática, engessando-os ou desconsiderando a possibilidade de mobilidade social. Mudanças na posição social estão presentes na trajetória dos

⁴⁰ A este respeito, ver a dissertação de Farias (1999), que discute a adesão voluntária dos membros das camadas populares aos planos de saúde.

informantes. Como observa Loyola (2002:69), sobre a posição e a evolução do indivíduo no espaço social, as “diferentes espécies de capital [econômico, social e cultural] funcionam como fichas do jogo social de que ele participa. Em função de sua posição no jogo, de sua força relativa, ele desenvolve estratégias que lhe permitem manter ou galgar novas posições”.

Muitas pesquisas não chegam a uma boa síntese entre trabalho de campo e abstração teórica na análise e apresentação dos dados. Corre-se o risco de tipificar os sujeitos de pesquisa em uma determinada classe social de forma muito esquemática, privilegiando-se umas nuances em detrimento de outras. De fato, não é a renda a principal forma de classificação, mas ela permite um mapeamento dos casais. No entanto, ela não basta para definir os sujeitos em termos de pertencimento de classe, como indicado por estudos antropológicos que evidenciam o quanto o plano dos significados não pode ser debitável ao material, ainda que “exista uma espécie de dialética, de causalidade circular, entre os mecanismos de dominação econômica e os mecanismos de dominação simbólica” (Bourdieu, 2002: 27). No entanto, para Durham (1997), a substituição de termos marxistas por termos descritivos como “classes trabalhadoras”, “populares” ou “camadas médias” acarreta um certo esvaziamento teórico-conceitual, à medida que novos termos (à época) se referem à problemática de classes sem enfrentar, de fato, o problema em questão. Para esta autora, trata-se de um “deslize semântico” da “conceituação sociológica para uma conotação culturalista”, na qual se valorizam as representações coletivas (Durham, 1997:28). Trata-se de um tema controverso, mas opta-se aqui por uma forma análoga às propostas de

Douglas (1992) e Douglas e Calvez (1990): um esquema analítico no qual é possível visualizar níveis intermediários entre os pólos – mais ou menos – individualistas de uma dada sociedade. Esta abordagem enfatiza a centralidade das *posições* e não das *localidades*. Trata-se de uma visão alternativa para escapar do dualismo individualismo X holismo, ou camadas médias e segmentos populares.

No que concerne à faixa etária, verifica-se uma tendência do homem ser mais velho que sua companheira: cerca de 60% dos homens casam-se com mulheres mais jovens. Essa assertiva foi enfatizada pela demógrafa Elza Berquó (1986) no final da década de 1980 e ainda parece ser atual.

Nesse sentido, os campos “a” e “b” apresentam diferenças importantes. Enquanto todos os casais do “campo” a apresentam diferenças no tocante à constituição dos sujeitos, representando casais heterogâmicos, os casais do “campo b” tendem a ser homogâmicos. A constituição do casal, definida pela homo ou heterogamia, é relevante para analisar o impacto da doença sobre o casal. Nos pares heterogâmicos, há uma tendência a se apresentar elementos de desvantagem social na relação compensados pelo HIV.

O “campo a” se distingue do “campo b”, pois o conjunto de entrevistas evidencia relacionamentos entre “diferentes”, seja em termos de cor, idade, escolaridade ou ocupação. O parceiro soronegativo apresenta um ou mais elementos de “desvantagem” social em relação ao parceiro soropositivo: no casal 1 é a cor (a união entre um homem branco e uma mulher negra); no casal

2 a escolaridade, a profissão e a trajetória da mulher a posicionam numa posição inferior em relação ao marido; no casal 3, a cor, a escolaridade do homem, além da diferença etária (é pouco comum homens jovens se unirem a mulheres mais velhas); e no casal 4, a diferença etária é fortemente marcada entre o homem e a mulher. Esses dados, ainda que possam ser inexpressivos numericamente, levantam a hipótese de que o estigma da AIDS é contrabalançado, na relação do casal, por atributos socialmente desvalorizados do parceiro soronegativo.

A pesquisa de Moutinho (2003) sobre casais inter-raciais aponta que gênero, “raça” e erotismo estão ancorados em certas estruturas de status e prestígio que as hierarquizam de modo singular, evidenciando uma compensação do desprestígio da “cor”. Ao confrontar a relação do casal homem branco/mulher mestiça e a relação do par homem negro/mulher branca, sinaliza um “conteúdo tabu” para o primeiro caso. A autora discute a tensão entre os discursos normativos e os desejos eróticos, incidindo “na complexidade de se viver o desejo afetivo-sexual por um ‘outro’ racialmente distinto, que caminha na contramão das paixões ideológicas” (Moutinho, 2003:267):

“Concebê-la recorrentemente enquanto uma troca de compensações de atributos desprestigiadas visando à ascensão (ou mobilidade) social – negando-lhe o desejo, o afeto ou o erotismo -, apresenta-se em parte como uma forma de obscurecer a ameaça que este casal representa para uma estrutura de dominação calcada no gênero (masculino) e na “raça” (“branca”). (Moutinho, 2003: 267).

Tomando-se um elenco de casais heterogâmicos (entendendo heterogamia como uma relação conjugal que apresenta diferenças no tocante às clássicas variáveis sociológicas de gênero, raça e classe social, ou posição social, ou seja, assimetria de capitais econômico e cultural), e a soropositividade como um fator de estigma, tem-se uma fórmula que coloca a soropositividade como um elemento capaz de contrabalançar marcas sociais de desprestígio. Porém, enquanto a “cor” é um atributo visível, a doença muitas vezes não o é, podendo ser “escondida” ou manipulada, como na acepção de Goffman (1998), tornando essa equiparação entre atributos indesejados, significativa apenas nos limites da relação conjugal.

Os dados sobre religião são instigantes. Para alguns autores, essa esfera confere sentido e coerência prática à existência, orientando os atos e a visão de mundo dos sujeitos (Weber, 1994). Enquanto no “campo a” a maioria das pessoas define-se sem religião ou com formação católica, mas não praticante, no “campo b”, a quase totalidade dos entrevistados está inserida no universo protestante. Estes dados convergem com as conclusões de Machado (2005:387), acerca da expansão atual dos evangélicos e dos sem religião. Segundo a autora, “os evangélicos encontram-se entre os grupos religiosos que apresentam as maiores taxas de fiéis do sexo feminino em suas fileiras”. E, ainda, o pertencimento social dos membros do “campo b” se assemelha ao perfil dos fiéis: “baixos níveis de instrução e de remuneração, e recebem até três salários-mínimos” (Machado, 2005:388).

A religião é um dos primeiros domínios que se tenta igualar no casal: muitos entrevistados se converteram à religião do parceiro, o que é mais freqüente entre as mulheres. Algumas, criadas na religião católica, passaram a freqüentar a religião protestante, em igrejas de denominações diversas, por influência da família do parceiro. São características da religião evangélica “a rigidez moral, o apoliticismo, a opressão feminina e o apartamento da cultura brasileira, expresso entre outras coisas, na severa condenação ao futebol e ao carnaval” (Machado, 2005:388). Júlio abandonou a religião por considerá-la extremamente opressora e limitadora de certos “prazeres” da vida. Leonardo, que “no momento está meio fora da religião”, freqüentou a Igreja Batista até a adolescência, “mas estava com o pensamento fora”, “ia porque era obrigação”, quando se viu, e a outras pessoas que eram da mesma igreja, “na bagunça da carne”, “fazendo coisas que não deviam”. Esse evento o levou à reflexão de que eticamente não poderia estar filiado à religião porque sua conduta apontava para um aproveitamento da vida que não é permitido nos preceitos religiosos. Em contraste, Geraldo aderiu a esta religião em busca de regramento e limite, para “colocar sua vida no lugar”, em busca da cura para a doença. Nesse sentido, a religião pode ter um papel limitador da sexualidade, interferindo na gestão das práticas sexuais. Por fim, cabe ressaltar outro aspecto na argumentação de Machado (2005:389-390): a religião também pode contribuir para o processo de autonomização das mulheres diante dos maridos, ajudando no fortalecimento da auto-estima e incentivando o desenvolvimento de atividades extradomésticas, “favorecendo, conseqüentemente, a individuação feminina”. Segundo Machado, nesse caso a religião pode contribuir para a expansão da cultura individualista em um

universo no qual predomina uma visão de mundo hierárquica, baseada na família. Isto se deve à tendência ao estímulo à entrada dos fiéis no mercado de trabalho. Este parece ser o caso de Nadir, que rompe parcialmente a aliança, rejeita as normas impostas pela família do marido, valoriza sua atividade profissional e planeja retornar aos estudos. Ainda assim, mantém a relação conjugal com o parceiro, definindo-se “quase um casal moderno”.

O discurso católico é referido apenas por uma das mulheres entrevistadas. Neste caso concerne à representação de uma missionária católica, soronegativa. Ela acha que poderia suportar e aceitar a infecção pelo HIV, dentre outros fatores, devido ao pertencimento religioso.⁴¹ No caso da religião evangélica e suas várias denominações, que implica dizer que não há um modo único de adequação à ordem religiosa – parece haver algum tipo de influência sobre o comportamento sexual. É o caso de um dos homens soropositivos entrevistados, que aboliu de seu repertório de práticas sexuais algumas posições, após ter-se convertido para a religião evangélica.

Nem sempre os parceiros compartilham a mesma visão sobre o tipo de aliança. Enquanto alguns se consideram “casados”, outros mencionam “morar junto”, “são companheiros”, “namorados” ou “ficantes”. Os tipos de vínculos mencionados pelos casais sugerem que a noção de casamento é atualmente ampliada, em relação à concepção jurídico-formal, que prevê um contrato social, assinado pelos cônjuges e baseado na propriedade privada, podendo ser também sacramentado pela Igreja Católica. No Brasil, o número de

⁴¹ O outro fator citado foi a qualidade atual da assistência, considerada muito boa.

casamentos formais tem declinado ao longo dos anos, e os entrevistados não parecem fugir a essa tendência. Note-se que muitos casais estão em seus segundo ou terceiro vínculos, possuindo filhos das alianças anteriores, e muitas vezes esses filhos residem com o casal. Valho-me da argumentação de Heilborn (2004: 66,141,148) quando diz, embasada na obra de Simmel e Elias, que o casal se sustenta cotidianamente, e, ainda que o casal não coabite, sua socialização está baseada na companhia, “seu bem maior”.

Os casais entrevistados estão em relacionamentos conjugais definidos *como casamento* ou *praticamente como casamento*, que significa a coabitação. Outros estavam em sua segunda ou terceira uniões e muitos não haviam passado pelo casamento contratual.

Os padrões de relacionamento dos entrevistados referem-se ao compartilhamento ou não da residência. Apenas quatro dos treze casais não coabitavam (em três deles, as mulheres eram as portadoras do HIV). Alguns entrevistados já passaram por casamentos anteriores e, para muitos, os vínculos definidos como casamento não dependem “de papel”. Com exceção do casal 13 (Nelson e Nadir), todos os demais coabitavam. As categorias de vínculo criadas pelos informantes restringiram-se a “casamento”, “morar junto”, “namoro”, “ficar”, “companheirismo” e “relacionamento atual”.

A seguir, será apresentado o estabelecimento do vínculo entre os parceiros e o impacto da soropositividade sobre o casal.

Capítulo 2

Indivíduo X Casal

Amor romântico, casamento, paixão/atração sexual, monogamia e fidelidade são temas sobre os quais diversas áreas do conhecimento – como filosofia, sociologia, psicanálise, entre outras – têm se dedicado. Não interessa aqui realizar uma vasta digressão histórica sobre as distintas abordagens, mas ter em mente os pressupostos implícitos das crenças amorosas contemporâneas em torno da idéia de *casal*.

O termo casal não é aqui utilizado em referência ao casamento formal, mas como vínculo estável, com compromisso ou qualquer outra forma de arranjo conjugal que privilegie a recorrência e/ou constância, sem exclusividade afetivo-sexual. O uso de termo conjugalidade é bastante recorrente na literatura antropológica brasileira. Porém, como já destacava Heilborn (2004:12) na década de 1990, a expressão não existe em português. Para esta autora, esta palavra pretende “dar conta das estruturas pertinentes à vida a dois”. Heilborn fornece uma definição sobre conjugalidade: “uma relação social que se institui em um par, admitindo o caráter de uma opção por uma determinada gestão da sexualidade.” De forma similar àquela empreendida por DaMatta em sua investigação sobre a identidade brasileira, a autora busca entender “o que faz um casal, Casal”, entre sujeitos que compartilham um substrato ideológico comum, caracterizado por valores igualitários. Considera conjugalidade as relações sociais que conformam um “estilo de vida fundado em uma dependência mútua e em uma dada modalidade de arranjo cotidiano, mais do que propriamente doméstico, considerando-se que a coabitação não é regra necessária”. Portanto, o que Heilborn examina é a dinâmica interna do

casal: “os roteiros de formação dos casais, a natureza da rotina, a configuração de conflitos, os rituais de confirmação da unidade conjugal” (Heilborn, 2004:12).

Adota-se aqui casal como um modo de olhar e experienciar o mundo, que não se justifica e/ou se apóia em contratos formalizados. Trata-se de demonstrar que essa relação, por vezes naturalizada, é construída socialmente, evidenciando a centralidade da relação sexual, ainda que esta não se converta, necessariamente, em prática e permaneça como um ideal.

A leitura sobre amor e casamento é aqui realizada de acordo com a concepção sociológica que compreende estas categorias como constructos sociais. A relação de casamento caracteriza-se por ser mais densa quando comparada à de amizade ou de parentalidade. Como afirma Heilborn, “pelo caráter mais intenso e íntimo das trocas”, que faz o casal “encerrar uma realidade supra-individual” (Heilborn, 2004: 120 e 135).⁴²

A sedimentação de certas condutas morais pela formação do vínculo conjugal, promovendo o monopólio e, concomitantemente, a idéia de prazeres do casamento, conformaram uma *ética cristã*, como descrita por Foucault (1997) em *A mulher/os rapazes da História da Sexualidade*. Este autor evidenciou o estilo de conduta dos cônjuges e o modo de relação no casamento. O livro ilustra a arte de ser casado e a ética do comportamento matrimonial. O autor demonstra como, ao longo do tempo, a arte da existência matrimonial, que concerne à gestão da casa, ao nascimento e à procriação dos filhos, valoriza

⁴² Apesar de trabalhar com “casais igualitários”, é possível transpor para o debate aqui empreendido o argumento que considera a dependência e a reciprocidade entre os parceiros (Heilborn, 2004:135).

cada vez mais a relação e o vínculo entre os esposos. Para Foucault, a arte de se conduzir no casamento se definiria menos por uma técnica de governo e mais por uma estilística do vínculo individual, residindo nos deveres da reciprocidade – e no respeito entre o casal. Uma estilística da existência a dois surge dos preceitos tradicionais da gestão matrimonial: uma arte do vínculo conjugal, uma doutrina do monopólio sexual e uma estética dos prazeres compartilhados. A arte de viver casado implica uma relação dual, e específica em sua intensidade e força.

A naturalidade do casamento foi construída a partir de determinados pressupostos, como o encontro indispensável entre macho e fêmea para procriação, a continuidade dessa conjunção numa ligação estável para assegurar a educação dos filhos, as ajudas, as comodidades e prazeres que a vida a dois, com seus serviços e obrigações, pode proporcionar, e a formação da família, como base para a cidade.

Para alguns filósofos, o vínculo conjugal seria a relação social mais fundamental, servindo para definir um modo de existência:⁴³

“A arte de ser casado não é simplesmente, para os esposos, uma maneira racional de agir, cada qual por seu lado, visando um fim que os dois parceiros reconhecem e onde se reúnem; trata-se de uma maneira de viver como casal e de ser apenas um; o casamento exige um certo estilo de conduta em que cada um dos cônjuges leva a própria vida como uma vida a

⁴³ Segundo Foucault, esta não é a posição de Aristóteles, que também atribuía muita importância à relação entre esposos, mas parecia privilegiar as relações de sangue, sendo a de pais e filhos a mais intensa (Foucault, 1997: 25).

dois e em que, juntos, eles formam uma existência comum”
(Foucault, 1997: 27).

Bons esposos desejariam ficar o mínimo tempo possível separados, para não se privarem um do outro e permanecer juntos. A idéia de que a vida de casamento deve ser também a arte de constituir uma nova unidade a dois seria originária da afeição recíproca. O casal passa a constituir uma *verdadeira unidade ética*.

No que tange às relações sexuais no casamento, o vínculo entre ato sexual e casamento era estabelecido em função da necessidade de uma descendência. A procriação era uma das maiores razões para o casamento, o que tornava obrigatório manter relações sexuais na aliança. As ligações extraconjugais deveriam ser evitadas, para não produzir as descendências ilegítimas.⁴⁴

O casamento cristão, indissolúvel, instaurado no século XIII, excluía a possibilidade de existência de amor e prazer. Seu cerne era a reprodução. Foucault afirma que, se os tratados de vida matrimonial assinalavam uma certa discricção ao discorrer sobre o regime das relações sexuais estabelecidas entre os esposos, a partir da Idade Média e da Pastoral Cristã, estarão meticulosamente atentos às *posições, freqüência, gestos, estado de alma, conhecimento das intenções, signos do desejo etc.*, fazendo com que progressivamente vá se formulando uma *conjugalização das relações sexuais* (Foucault, 1997:34-45). Durante o século XVIII inicia-se um processo de

⁴⁴ Michel Bozon (2004) indica que as pesquisas de historiadores sobre a Antiguidade permitem reconstituir os princípios da reprodução, o que segue influenciando as representações sobre sexualidade.

transformação do amor em um sentimento almejado pelos cônjuges, mas somente no século XX a Igreja Católica o proclama como fundamento do casamento, sendo a relação sexual sua expressão. No sistema centrado na aliança, a monogamia heterossexual tornava-se a norma legítima (Bozon, 2004; Heilborn, 2004).

O amor conjugal, sentimento ensejado pelos laços sociais contraídos entre os homens e mulheres entrevistados para a pesquisa, é uma construção social relativamente recente na história. A heterossexualidade é construída e instituída socialmente como padrão da prática sexual normal. A partir do século XVIII a família se torna o lugar de afetos, sentimentos e amor. A sexualidade conjugal, que antes era destinada, sobretudo, à procriação, passou a ser um elemento central de conjugalidade moderna. Se era uma experiência fora do casamento, passa depois a integrar esta instituição.⁴⁵ Na análise foucaultiana esse movimento, que demonstra ser o dispositivo da sexualidade uma invenção moderna, intimamente articulado a uma ordem mais ampla, estrutural, na qual os poderes estão posicionados em vários níveis, tanto nas sociedades quanto na retórica. Este é o contexto de discussão em que Foucault descarta a hipótese da repressão da sexualidade. A partir do século XVI, a colocação do sexo em discurso sofreu um processo de crescente incitação. Foucault mostra que nos últimos séculos houve uma verdadeira explosão discursiva, abarcando diversas áreas da vida social, como a interação entre pais e filhos, educadores e alunos, patrões e serviçais. Esse processo se

⁴⁵ Para Heilborn (2004:63), Foucault “sustenta ser a família a linha privilegiada de penetração do poder disciplinar. A intimização e a privatização dos sentimentos são efeitos de um mesmo processo de difusão do individualismo ou de uma estratégia disciplinar que tomou como alvo, primeiramente, as camadas médias e altas da sociedade moderna”.

deu nas instâncias de produção discursiva, de produção de poder, e nas produções de saber.

No esquema teórico-analítico de Foucault, num primeiro momento as relações de sexo originaram um dispositivo de aliança: um sistema de matrimônio, parentesco, transmissão de nome e bens, apoiado na reprodução e constituído pela célula familiar. Estruturado em torno de um sistema de regras proibitivas que determinavam o que era proibido e permitido, prescrito e ilícito, objetivava manter as leis que regiam as relações (por exemplo, o matrimônio). O vínculo entre os parceiros representava, obrigatoriamente, uma associação com o Direito, pela tentativa de manter o corpo social. Porém, esse dispositivo perde importância, à medida que não era mais suporte suficiente para processos econômicos e as estruturas políticas. As sociedades ocidentais modernas inventaram e instalaram um novo dispositivo, que se superpõe ao dispositivo da aliança. Nomeado de dispositivo da sexualidade, instala-se a partir do dispositivo de aliança e, como este, relaciona-se aos parceiros sexuais, funcionando de acordo com técnicas móveis de poder. O dispositivo de sexualidade generaliza-se e manifesta-se por um poder que não está centrado na lei, mas difundido por todo o corpo social, articulando-se à tese de que a sexualidade não pode ser reprimida na sociedade moderna.

A família não deve ser entendida como uma estrutura social que refreia ou exclui a sexualidade. Seu papel é fixá-la. A família é o permutador da sexualidade com a aliança: transporta a lei e a dimensão do jurídico para o dispositivo da sexualidade, e a economia do prazer e a intensidade das sensações, para o regime da aliança. Essa fixação dos dispositivos da

sexualidade e da aliança na família evidencia que a família tenha se tornado, a partir do séc. XVIII, lugar de afeto, sentimento, amor.

Foucault mostra que a sexualidade moderna se forma, em grande parte, a partir da Pastoral Cristã. O exercício do poder em instituições como a Pastoral Católica foi crucial para a incitação à sexualidade. Através da técnica de confissão nos países católicos, promovia-se o exame minucioso do ato sexual, o escrutínio de si, com uma grande importância às insinuações da carne: pensamentos, desejos, deleites. O sexo não deveria ser mencionado sem prudência, mas *tudo deveria ser dito*. Os indivíduos deveriam examinar as *faculdades da alma, a memória, o entendimento, a vontade, os sentidos, os pensamentos, as palavras, as ações, os sonhos*. A obrigação de tudo dizer era sugerida idealmente para o bom cristão. Na prática, se restringia a uma elite mínima, a burguesia. A massa de fiéis, que se confessava poucas vezes ao ano, escapava às prescrições.

No século XVIII, com o surgimento da população como problema econômico e político, coloca-se em questão variáveis, como “natalidade”, “morbidade”, “esperança de vida”, “fecundidade”, “estado de saúde”, nas quais o sexo é elemento central. Analisar a taxa de natalidade, observar a idade para o casamento, a precocidade e a frequência das relações sexuais, pensar sobre efeito do celibato e das interdições, passam a ser atividades relevantes. Foucault evidencia que, já naquela época, a conduta sexual era tomada como objeto de *análise* e alvo de *intervenção*, entre o biológico e o econômico. Surgem então campanhas que fazem do comportamento sexual dos casais uma conduta

econômico-política deliberada.⁴⁶ A dispersão e difusão dos aparelhos de discurso fizeram com que se falasse do sexo, valorizando-o como *o segredo*.

O surgimento das *scientias sexuallis*, com destaque para a psicanálise, indica que essa ciência estava subordinada aos imperativos da *moral*, contribuindo para a legitimação de racismos e estigmas. Como descreve Foucault, era preciso eliminar os portadores de taras, os degenerados e as populações abastardas. A medicina também cumpre, desde então, o papel de regular a biologia de uma reprodução normativa.

O discurso da ciência é debitário das técnicas de confissão católica.⁴⁷ Uma *ciência-confissão*, para Foucault, baseada na justiça, na medicina, na pedagogia, nas relações familiares, no cotidiano, nos ritos. Confessam-se os crimes, os pecados, os pensamentos, os desejos, o passado, os sonhos, a infância etc. A produção da verdade obedece às relações de poder e a confissão é um ritual que se desenrola numa relação de poder (não se

⁴⁶ A medicina, a psiquiatria e a justiça penal foram focos de controle social que também muito suscitaram discursos sobre o sexo, nos séculos XVIII e XIX. A “doença dos nervos”, estudada pela medicina, as “doenças mentais e perversões sexuais”, preocupação da psiquiatria, e os “crimes antinaturais” e os atentados, fatia da justiça penal, formavam um sistema de filtragem da sexualidade dos casais, pais e filhos, adolescentes perigosos. Era, portanto, necessário proteger, prevenir perigos, realizar diagnósticos, produzir relatórios. Um conjunto de mecanismos fazia com que o cotidiano da sexualidade se tornasse objeto de ação judiciária, de intervenção médica, exame clínico e elaboração teórica. A instituição pedagógica também colocou o sexo (das crianças e adolescentes) em discurso. Ela qualificou como principais interlocutores os médicos, administradores e pais. Se os colégios do século XVIII, à primeira impressão, davam uma idéia de ausência do discurso sobre sexo, um olhar mais detido revelava que sua estrutura expressava continuamente este tema: a arquitetura, a organização interior, os regulamentos evidenciavam que o espaço da sala, a forma das mesas, o arranjo dos pátios, a distribuição dos dormitórios, regulamentos de vigilância começam a regular o sexo dos estudantes, que passa a ser, no século XVIII, um problema público. A difusão de literatura e aconselhamento de médicos a pais e professores passa a integrar essa rotina (Foucault, 1997).

⁴⁷ Para Foucault, a verdade do sexo é expressa pela *scientia sexuallis* e pela *ars erotica*. Nesta última, própria do oriente, a verdade é extraída do próprio prazer, pela experiência, um saber que deve permanecer secreto, transmitido pelas tradições. Correndo o risco de ser muito generalista, o autor cita exemplos da China, Japão, Roma, Índia, mas se atém à significância de sistemas como um todo.

confessa sem a presença de um parceiro e quem fala ocupa a posição de dominado).⁴⁸

Contemporaneamente observa-se na conjugalidade a criação progressiva de um domínio da intimidade; as revoluções contraceptivas, que contribuíram para a dissociação entre sexualidade e reprodução; as lutas pela igualdade entre os gêneros, entre outros), muito há que se questionar sobre as relações entre casamento, sexualidade e procriação. As perguntas devem considerar o contexto social no qual estão inscritas as relações conjugais e a perspectiva dos sujeitos. Bozon (2004) afirma que “na sexualidade contemporânea, a procriação ocupa apenas um espaço reduzido e marginal”.⁴⁹

⁴⁸Para Foucault, é possível distinguir, a partir do século XVIII e, sobretudo, do XIX, quatro grandes conjuntos estratégicos, que desenvolvem dispositivos específicos de saber e poder a respeito do sexo: *a mulher histérica, a criança masturbadora, o casal malthusiano e o adulto perverso*. A histerização do corpo da mulher foi o processo pelo qual o corpo da mulher foi analisado como saturado de sexualidade. O campo das práticas médicas considerava que a mulher teria uma patologia intrínseca.

⁴⁹ O livro de Luc Boltanski (1984) aborda as diferenças de expressão cultural decorrentes da inserção de classe.

2.1. Estabelecimento do vínculo conjugal

O recurso da trajetória e biografia, comumente utilizado por romancistas, também vem sendo utilizado por historiadores, sociólogos e antropólogos como método de pesquisa. Uma crítica vem sendo assinalada na descrição das Ciências Sociais: pode-se supor, erroneamente, que os atores obedecem a cronologias ordenadas, coerentes e estáveis e tenham ações previsíveis, sem o elemento da incerteza. Como problematiza Levi (1998):

“Imaginamos que os atores históricos obedecem a um modelo de racionalidade anacrônico e limitado. Seguindo uma tradição biográfica estabelecida e a própria retórica de nossa disciplina, contentamo-nos com modelos que associam uma cronologia ordenada, uma personalidade coerente e estável, ações sem inércia e decisões sem incertezas” (Levi, 1998:169).

A importância da reconstituição do contexto social, situando a biografia num cenário de construção social, é um dos principais cuidados a serem tomados no uso desta ferramenta metodológica. Esta é a crítica feita por Bourdieu aos limites do método (Bourdieu, 1998).

A narrativa biográfica não pode “congelar” os atores em histórias individuais, mas trazer à tona elementos importantes na descrição de si em relação a aspectos centrais para o fenômeno analisado (a relação sorodiscordante): os roteiros de formação do par e, mais a frente, os *scripts sexuais* (Gagnon e Simon, 1999).

A seguir, descreve-se brevemente a trajetória de encontro e o roteiro de formação do par. A seleção de parceiros, naturalizada como um encontro casual, apresenta recorrências no conjunto das entrevistas, salientando os constrangimentos sociais que determinam a escolha dos parceiros.

A conjugalidade é uma experiência construída no tempo e no espaço. A forma como as trajetórias dos sujeitos se encontram interessa, pois, o que aos olhos dos entrevistados se dá ao acaso, de fato representa encontros estabelecidos num campo de possibilidades (Velho, 1987) relativamente restrito. Os encontros, muitas vezes descritos como especiais, “com pessoas únicas”, mostram-se muito parecidos e regulares, da mesma forma como entre os sujeitos pesquisados por Heilborn (2004).

Casal 1: Alberto e Ana

Poucos meses depois de perder sua esposa anterior e descobrir sua soropositividade, Alberto conheceu Ana, na rua, a caminho de um bar. Ficaram juntos, e desde então começaram a namorar. Contou a ela sobre a doença num dos primeiros encontros. Na ocasião da entrevista o casal estava junto há cinco anos, em coabitação. Posteriormente soube que haviam se separado. Atualmente reataram e moram em casas separadas.

Casal 2: Bruno e Bianca

O casal se conheceu por intermédio de amigos num grupo de apoio. Namoraram por algum tempo, separaram e voltaram, casando-se pouco depois de dois anos de convivência. Estão juntos há cinco anos. Bruno fez o teste quando já estava casado.

Casal 3: Carolina e Carlos

Carolina teve namorados soropositivos e soronegativos, antes de conhecer Carlos numa organização não governamental de prevenção e assistência ao HIV/AIDS. Nos primeiros contatos revelou sua condição a ele. Na ocasião das entrevistas estavam juntos há aproximadamente um ano. Moram separadamente, cada um em sua casa.

Casal 4: Daniela e Diogo

Juntos há cinco anos, conheceram-se através de amigos, numa comemoração de aniversário. Estão juntos desde então. Ela descobriu a soropositividade em exame de rotina, quando já namoravam há cerca de um ano.

Casal 5: Eva e Ernesto

Conheceram-se numa festa e iniciaram o namoro. Decidiram morar juntos há aproximadamente dez anos. Tiveram uma filha. A soropositividade de Eva foi descoberta há dois anos, quando ela adoeceu repentinamente.

Casal 6: Flávio e Fernanda

Conheceram-se num baile de forró numa comunidade da periferia do Rio de Janeiro, onde residem e estão juntos há cerca de quatro anos. Flávio descobriu que era soropositivo quando sua segunda mulher adoeceu, e já estava morando com Fernanda.

Casal 7: Geraldo e Gorete

Geraldo e Gorete são os entrevistados mais velhos e também os que estão casados há mais tempo: 38 anos. Geraldo foi o primeiro e único parceiro sexual de Gorete. São migrantes e vieram para o Rio poucos anos após o casamento. Marinheiro, Geraldo deduz que contraiu o HIV numa viagem fora do Brasil, quando o navio ficou atracado dez meses e teve várias relações com mulheres.

Casal 8: Hilda e Hélio

Conheceram-se numa praça onde ambos trabalham como vendedores, na Baixada Fluminense. Tornaram-se amigos e ela revelou a ele sua condição. Posteriormente começaram a namorar. No final do trabalho de campo, soube, por ela, que haviam se separado. O motivo foi o fato de que ele estava ficando com outra garota soropositiva. “Depois, pega o HIV e vai dizer que fui eu quem o contaminei!”, disse Hilda.

Casal 9: Inês e Ismael

Juntos há 11 anos, ambos estão no segundo casamento. Eram vizinhos antes de namorar e coabitar, na zona norte carioca. Em 1998, Inês (“a companheira”) e Ismael (“o marido”) tiveram um filho, e, por ocasião do pré-natal, descobriram a soropositividade de Inês. O filho do casal faleceu nos primeiros meses de vida.

Casal 10: Janaína e Júlio

Júlio conheceu a esposa numa discoteca de um bairro na Baixada Fluminense, onde reside. Janaína descobriu sua soropositividade há cinco anos, quando

realizava pré-natal, e perdeu o filho. Moradora de um bairro vizinho ao de Júlio, na Baixada Fluminense, passou coabitar com ele dois meses depois de “saírem”, quando “suspeitou estar grávida”. Pouco depois adoeceu, quando Júlio soube de sua doença, por seu pai e sua madrasta. Moram juntos atualmente.

Casal 11: Leonardo e Laura

Leonardo e Laura eram amigos na juventude. Ela engravidou sem planejar. Ao longo dos dez anos em que estão juntos separaram-se várias vezes. Quando ele descobriu a soropositividade, estavam reatando o casamento. Residem juntos atualmente.

Casal 12: Maria e Mário

Conheceram-se num réveillon, estão casados há dois anos e meio e moram na Baixada Fluminense. Maria, que já tinha um filho antes de conhecer Mário, engravidou novamente nesta união. No pré-natal descobriu que era soropositiva.

Casal 13: Nelson e Nadir

Conheceram-se há dez anos, no local de trabalho. Ele era subordinado a ela e após um ano começaram a namorar. Coabitaram, tiveram um filho e atualmente moram separados. Ainda mantém relacionamento afetivo, embora as definições de vínculo conferidas um ao outro sejam distintas (“namorada” e “marido”).

2.2. Reorganização biográfica ou identidade soropositiva?

Através de quais jogos de verdade
o homem se dá seu ser próprio a pensar
quando se percebe como louco,
quando se olha como doente,
quando reflete sobre si como ser vivo,
ser falante e ser trabalhador,
quando ele julga e se pune como criminoso?
(Foucault, *História da Sexualidade 2, O uso dos prazeres*)

O estudo da *doença crônica* – nomenclatura aplicada a várias e diversas condições – surgiu como tema específico na sociologia da saúde/doença na década de 1970 e se fundamenta na análise da vida cotidiana dos que convivem com ela. A experiência da doença transcende a esfera médica e cumpre um papel crucial em todos os espaços da vida social, constituindo um mediador nas relações sociais (Adam e Herlizch, 2001).

A descoberta e revelação da soropositividade são aqui abordadas sob o enfoque dos eixos analíticos de *gênero* e de *capital cultural e social*. Ao lidar com uma temática associada à intimidade e à esfera do privado faz-se mister resgatar, a partir da trajetória dos entrevistados, os elos que os conectam à vida pública e permitem apreender a ação de instâncias estruturais, como a escola e a família, atuam como local de imposição e elaboração de princípios a serem exercidos no âmbito privado (Bourdieu, 2002). É nesse sentido que importam as conexões entre capital cultural e capital social, escolarização,

ocupação, por um lado, e gênero, conjugalidade e sexualidade, por outro lado. Estes capitais simbólicos, além da renda, enfatizam o poder exercido pela variável educacional no princípio de distinção social. O capital cultural, como entendido por Bourdieu, é incorporado, objetivado e institucionalizado. Pode supor um processo de interiorização, no qual se constitui como parte integrante da pessoa, uma “quase natureza”; pode ser apropriado tanto materialmente quanto simbolicamente e, ainda, pode ser reconhecido institucionalmente por meio de títulos que o legitimam.⁵⁰

Gênero é um conceito amplamente utilizado por disciplinas das ciências humanas, que se empresta às análises para distinguir a dimensão biológica da social, no que se refere à construção social do sexo. Scott (1999), Barbieri (1992) e Heilborn (1996), dentre outras, são autoras pioneiras na conceituação de gênero como categoria analítica nas ciências sociais. O conceito surge entre os anos 1960 e 1970, entre teóricas feministas, como tentativa de explicar a subordinação histórica das mulheres. Posteriormente foi apropriado pela academia (Scott, 1999). Barbieri (1992) introduz no debate a perspectiva do poder, um poder que não está localizado exclusivamente no Estado, mas enraizado em diferentes espaços sociais, aproximando-se do poder foucaultiano (Foucault, 1988). O conceito de gênero introduz o aspecto relacional para a compreensão de que homens e mulheres não podem existir independente de suas relações sociais com o (s) outro (s). Heilborn (1996) demonstra como o gênero, como categoria relacional, apóia-se na ótica do relativismo cultural, inserindo a disciplina antropológica como campo

⁵⁰ Ver Bourdieu (1994, 1998, 2004), Loyola (2002) e também Neves, Pronko e Mendonça (2006).

privilegiado de saber para análise. A qualidade de ser homem e de ser mulher é uma construção cultural. Valores relativos à experiência da soropositividade podem ser diferenciados segundo o gênero, não por conta de uma “essência” masculina ou feminina, mas devido a arranjos culturais que se estabelecem para conformar as representações. A presente pesquisa, ao considerar e contrastar as representações de mulheres e homens, incorpora o debate sobre gênero, em diálogo com o tema da doença.

Os marcos teóricos conduzem ao impacto da doença na subjetividade daqueles que com ela se deparam. Numa época em que o termo subjetividade é muito utilizado por diferentes saberes, com finalidades e propostas teóricas as mais díspares, é preciso explicitar a abordagem escolhida. A perspectiva adotada encontra eco na discussão empreendida por Foucault (1988, 1994) em *Os usos dos prazeres*. Nesta obra, publicada alguns anos após o clássico *A vontade de saber* – cuja tese central defende que, longe de reprimir a sexualidade, o ocidente colocou-a no centro de um dispositivo de produção de verdade – há mudanças teóricas que se traduzem na substituição de um estruturalismo assentado na lógica de um poder difuso (que controlava as mais tênues condutas individuais), por uma análise mais detida sobre as práticas discursivas que articulam o saber e, sobretudo, para analisar o que é designado como *sujeito* – como o indivíduo se constitui e se reconhece como tal, ou uma *hermenêutica de si*.⁵¹

⁵¹ Esta abordagem é utilizada parcimoniosamente, porque Foucault não se volta exatamente para as ideologias sociais (comportamentos, idéias), mas sobretudo às problematizações e práticas que elas conformam, a partir dos pensadores (textos filosóficos e médicos). Este autor estava interessado numa história do pensamento, por oposição à história dos comportamentos e das representações. Para Dosse (1994), Foucault busca os caminhos de saída do estruturalismo, por meio de um programa explicitamente nietzscheano e, resolutamente nominalista, desliga-se de uma abordagem institucional do poder.

O estudo da subjetividade está intimamente articulado ao debate sobre a moral e a prática de si. Os códigos morais, ainda que formulados de forma difusa, prescrevem valores e regras aos indivíduos, por meio de agências socializadoras. Muitas maneiras de conduta em relação às prescrições são possíveis no processo de constituição dos sujeitos morais. De acordo com Foucault, as diferenças pelas quais os indivíduos operam como *agente* e como *sujeito moral* de uma ação se devem a uma *determinação da substância ética*. Essa ética se expressa no modo como o indivíduo constitui parte de si mesmo como matéria principal de sua conduta moral. O *modo de sujeição* - a maneira pela qual o indivíduo estabelece relação com a regra e reconhece a obrigação de segui-la - e as diferentes formas de *elaboração do trabalho ético* que o indivíduo efetua sobre si mesmo - mostram que ele não adere à regra somente para satisfazê-la ou ao grupo social, mas para tentar transformar-se em sujeito moral. Para Foucault, essa transformação só é possível “por meio de prática de um longo trabalho de aprendizagem, de memorização, de assimilação de um conjunto sistemático de preceitos e através de um controle regular da conduta (...) ou de decifração tão cuidada, permanente e detalhada quanto possível, dos movimentos do desejo, sob todas as formas, mesmo aquelas obscuras sob as quais ele se oculta”. Por fim, importa a *teleologia do sujeito moral*, que assinala que “uma ação não é moral somente em si mesma e na sua singularidade; ela o é também por sua inserção e pelo lugar que ocupa no conjunto de uma conduta (...) e marca uma etapa em sua duração e um progresso eventual em sua continuidade”.⁵²

⁵² Foucault, 1994:27-29.

A *ação moral* implica uma relação a si, que não se reduz a uma *consciência de si*, mas à constituição de si enquanto sujeito moral, na qual o indivíduo define sua posição em relação ao preceito moral que respeita, estabelecendo um modo de ser que será sua realização moral. A moral comporta os códigos de comportamento e as formas de subjetivação, que não estão distanciadas, mas, ao mesmo tempo, são autônomas.⁵³

Tornando-se soropositivo

“Todas essas histórias que eu estou te contando agora, dando risada, são coisas fortes, mas já fazem alguns anos que conto com essa tranquilidade.

Mas em 1990, 1991, eu contava isso e me emocionava de dor.

Antes era de vergonha de alguém saber que eu tinha HIV,
depois a minha própria dor”.

(Carolina)

Na literatura de promoção à saúde sexual e reprodutiva, e em pesquisas qualitativas da sociologia e antropologia, não é incomum encontrarmos a idéia, um tanto generalizada, que, atualmente há muita informação disponível sobre HIV/AIDS. Se os indivíduos continuam a se infectar, as razões se devem a uma série de fatores, como as relações desiguais de gênero, que dificultam a adoção do preservativo em relações estáveis (dentre outras razões, pelo estabelecimento de laços de confiança que, supostamente, impediriam a prevenção). O momento da aquisição do

⁵³ Foucault, 1994: 29-30. Salem (1987) e Heilborn (2004) também recorrem a Foucault para discutir o eminente caráter do amor como construção social.

vírus HIV, vulgarmente denominada de contaminação, relaciona-se diretamente às idéias e aplicabilidade da prevenção.⁵⁴

Não obstante a existência de informações oficiais sobre prevenção e tratamento do HIV/AIDS disponibilizadas pelo Ministério da Saúde, em campanhas, livros, folhetos e cartilhas educacionais, materiais de promoção à saúde desenvolvidos e distribuídos por ONGs, o conjunto de entrevistas sugere uma distância entre códigos produzidos e recebidos. Como já apontaram Mèndes-Leite e Banens (2006:24), a dificuldade de prevenção é uma questão complexa. Muitas observações podem ser feitas em relação a esse aspecto, notadamente pelos trabalhos que se dedicam a estudar os meios de comunicação e a AIDS. A pesquisa sugere duas observações sobre conhecimentos de HIV/AIDS: por um lado, verifica-se total escassez de informações (observada especialmente entre indivíduos do campo b) e, por outro lado, um conhecimento parcial (sobretudo entre indivíduos com escolaridade superior). A posição social introduz diferenças quanto aos meios de obter conhecimento e as fontes principais para aquisição são os meios de comunicação, principalmente o televisivo e, para um número restrito de entrevistados, jornais impressos e internet. A escola, fonte importante de socialização, é referência somente para poucos entrevistados. O capital cultural é relevante neste contexto: na periferia dos centros urbanos – onde a

⁵⁴ A prevenção é uma das áreas programáticas do Programa de DST e Aids, a instância do Governo Federal que se ocupa das políticas e ações para controle da epidemia de HIV/AIDS no Brasil (consultar www.aids.gov.br). Mas, além de ser uma área programática, a prevenção é um amplo campo – que se coloca *no front* da disputa de saberes a um só tempo médicos, filosóficos, psicológicos, sociológicos – na qual são desenvolvidos inúmeros modelos e teorias. Para uma consistente crítica às teorias de mudança comportamental, ver Parker (2000). Bajos e Marquet (2000) chamam a atenção para uma visão mais relacional do risco. Trabalhos recentes têm refletido sobre a dissonância entre o discurso normativo, público, epidemiológico, face às dinâmicas subjetivas e realidades culturais distintas, ainda que dentro de uma mesma sociedade. Ver, por exemplo, Lupton (1995), Peto et al. (1992) e, no Brasil, Ayres (2002) e Monteiro (1999).

grande maioria dos entrevistados nasceu, foi socializada e se encontra atualmente – há poucos recursos sociais,⁵⁵ carência de políticas públicas e menor organização política da sociedade civil. O conhecimento sobre a AIDS é “*de boca*”, adquirido nas redes de vizinhança, em geral, permeado de negatividade. Todos os entrevistados a consideravam uma doença indubitavelmente exterior à sua trajetória. Knauth (1999) mostrou, em contexto de universos populares, que as mulheres consideravam a AIDS como algo *do outro*. Sendo assim, o diagnóstico cumpria um papel de legitimar a contaminação, segundo sua própria história, ainda que isso não as aproximasse dos *outros* que contraíram a doença *ilegitimamente*. Por isso, o anúncio da soropositividade causa uma surpresa, pois não há um reconhecimento de um estilo de vida “arriscado” (Mêndes-Leite e Banens, 2006).

Posteriormente à infecção há considerações sobre um maior cuidado e, ao mesmo tempo, acerca da importância e necessidade de mais campanhas de massa. Esta avaliação contém uma crítica, por vezes não formulada explicitamente, sobre a abrangência e o alcance das políticas de prevenção. Demonstra ainda que, até adquirir o HIV, muitas pessoas não estão inseridas em um processo de medicalização.

Segundo Mèndes-Leite e Banens, a soropositividade se revela, em geral, tardiamente, algum tempo após a contaminação. Mas se o momento da

⁵⁵ Farias (2005) mostrou, por exemplo, que, comparativamente ao município do Rio de Janeiro, a região da Baixada Fluminense é menos provida de bibliotecas, centros culturais, teatro e cinema. Na argumentação bourdiana (1979) o acesso diferencial ao capital cultural/ensino resulta em diferenças substantivas na visão de mundo e, como sustentado aqui, no impacto diante do HIV/AIDS.

contaminação passa despercebido, a descoberta da soropositividade se impõe fortemente. Dizem os autores:

“A partir daí a vida deles toma um novo rumo; nada mais é como antes. O organismo, claro, começa a conversação engendrada pela presença do vírus. O psiquismo, ele, é totalmente afetado. A imagem de si e de seu corpo, o posicionamento face à vida e à morte se modificam, assim como a relação a si mesmo e aos outros.” (Mèndes-Leite e Banens, 2006:19,33)⁵⁶

O recebimento da notícia da soropositividade implica a assimilação de uma nova condição, que não significa “uma identidade soropositiva” *a priori*. Trata-se da aquisição de um novo saber sobre si. A nova informação pode significar uma *desordem imaginária* no corpo, mesmo sem comprometimento físico. De acordo com os dados, alguns entrevistados adoeceram e foram hospitalizados quando a doença tornou-se evidente. Para outros a descoberta se deu “ao acaso”, em certas circunstâncias que simbolicamente representam uma saúde máxima. É o caso, por exemplo, de mulheres que souberam da soropositividade durante a gravidez, período associado à felicidade e à extensão da vida. No entanto, o simples fato de saber sobre a doença – *saber-se soropositivo* – pode significar a conformação de si como um sujeito *diferente, temido socialmente*, que passa a espelhar as características sociais negadas/rejeitadas por seus pares.

⁵⁶ Texto original: “À partir de là leur vie prend un nouveau cours; plus rien n'est comme avant. L'organisme, bien sûr, entame la conversion engendrée par la présence du virus. Le psychisme, lui, est tout autant affecté. L'image de soi et de son corps, le positionnement face à la vie et à la mort se modifient, tout comme le rapport à soi et aux autres” (Mèndes-Leite e Banens, 2006:19,33).

Todos os entrevistados, entre aqueles que declararam saber como adquiriram o HIV, foram infectados por via sexual. A descoberta da soropositividade nos homens investigados está relacionada a três eventos: 1) a realização de testes espontâneos realizados sob a suspeita de, em algum momento, ter estado em uma situação “de risco” (em relações sexuais com mulheres ou outros homens – anteriores às atuais ou extraconjugais, ou uso de drogas injetáveis); 2) o adoecimento, a descoberta da soropositividade/AIDS ou o falecimento de parceiras sexuais anteriores; 3) sintomas não identificados facilmente pelos médicos, podendo levar ou não à internação hospitalar.

As circunstâncias de descoberta feminina repetem as anteriores, com exceção do teste espontâneo, prática menos comum neste universo. Uma das formas mais freqüentes de descoberta do HIV nas mulheres é pelo teste anti-HIV, realizado obrigatoriamente no pré-natal. Os exames solicitados em locais de trabalho, em grandes empresas e, mais raramente, prescritos por ginecologistas de rede privada são menos freqüentes, de acordo com a literatura, e foi o observado nesta pesquisa. Na investigação de Mèndes-Leite e Banens (2006), as mulheres expressaram dificuldade de aceitação da “nova realidade” (a soropositividade) e relataram, nessa ordem, sentimentos de surpresa, injustiça e solidão.

O contato com o sistema de saúde, tímido pouco após a descoberta da soropositividade e, progressivamente, mais freqüente, se faz com as primeiras testagens para o HIV: quando o resultado do teste é positivo, deve ser repetida

a testagem, até que se confirme, de fato, a notícia.⁵⁷ Receber o resultado confirmatório assinala o ingresso na carreira de soropositivo, independente do tempo da infecção. A partir de então, o sujeito passa a ter consciência de ser portador de uma doença que não tem cura, que pode ser transmitida por via sexual ou pelo sangue. Ele passa de um *status saudável a doente*. É alertado para não manter relações sexuais sem o uso de preservativo, para não transmitir a doença. O contato com centros de saúde torna-se regular à medida que o indivíduo é iniciado na rotina de medicalização à qual estará ligado até o fim de sua vida.

No acompanhamento médico, tanto o portador do vírus HIV quanto o doente de AIDS são informados sobre a necessidade de realização periódica de exames para avaliação do sistema imunológico. Segundo o Programa Nacional de DST/AIDS, estes testes determinam se e quando é preciso iniciar ou modificar o tratamento com os medicamentos anti-retrovirais. Os exames objetivam o monitoramento daqueles que já desenvolveram a AIDS e utilizam medicamentos.⁵⁸

⁵⁷ Conforme o Programa Nacional de DST e AIDS, “O teste mais utilizado nas investigações diagnósticas, para detecção de anticorpos anti-HIV no organismo, é o Elisa. Ele procura no sangue do indivíduo os anticorpos que, naturalmente, o corpo desenvolve em resposta à infecção pelo HIV. O resultado desse teste é rápido mas, ocasionalmente, pode haver um falso positivo (resultado positivo para o HIV em uma pessoa não contaminada pelo vírus). Por isso, caso o resultado seja positivo, aconselha-se repetir o Elisa e, em seguida, fazer o teste de Western Blot para que não restem quaisquer dúvidas. O teste de Western Blot é mais sensível e define, com mais precisão, a presença de anticorpos anti-HIV no sangue. No entanto, como é mais complicado e exige condições técnicas mais avançadas, só é utilizado como confirmação do Elisa. Os exames habituais (ELISA e Western-Blot) detectam anticorpos contra o HIV, produzidos pelo sistema imune do hospedeiro”. (www.aids.gov.br, acessado em janeiro de 2007).

⁵⁸ Conforme o Programa Nacional de DST e AIDS, os exames são: “contagem CD4, células de defesa do organismo, quantificação viral do HIV-1 (carga viral) e o teste de genotipagem (usado quando existe falha da terapia anti-retroviral). O teste de carga viral mede a quantidade de partículas do HIV no sangue, auxiliando, assim, o profissional a decidir o melhor momento para iniciar o tratamento. No caso de pessoas que já se encontram tomando os medicamentos ARV, esse teste é útil para fazer o monitoramento da saúde do portador do vírus”. (www.aids.gov.br, acessado em janeiro de 2007). Idealmente, os exames devem ser realizados de quatro em quatro meses, mas, segundo informações do Fórum de ONGS/AIDS do Estado do Rio de Janeiro, por vezes faltam kits de testagem nas unidades de saúde e, conseqüentemente, os usuários do SUS que não têm planos privados de saúde ficam sem esse acompanhamento.

A AIDS é uma doença que se manifesta após a infecção do organismo humano pelo HIV, e o tempo que separa os soropositivos dos doentes é variável, segundo fatores biológicos (e, de acordo com psicólogos, fatores psíquicos).⁵⁹ Com a irrupção da AIDS é preciso fazer uso dos medicamentos antiretrovirais, que visam controlar a doença. Quando se manifestam outras doenças, denominadas “oportunistas”, faz-se necessário o uso de outros medicamentos, como antibióticos.⁶⁰

Esta rotina conduz os sujeitos a espaços e discursos medicalizados. Inicia-se um aprendizado sobre o que significa viver com AIDS. Além da medicalização - dos tratamentos e da sexualidade – o controle da alimentação e a preocupação com o corpo passam a integrar suas vidas. Em muitos casos, a percepção mais acurada de um *corpo*, sentido e refletido, somente é deflagrada após a descoberta da doença.

Em certa medida, o indivíduo com HIV/AIDS pode ser aproximado do doente mental, conforme descrito por Goffman (1998 e 2005) que, a partir de um certo momento, adquire o atributo moral da diferença social. O conceito cunhado por Goffman - *carreira moral de doente mental* - permite analisar a trajetória e experiência moral de uma pessoa. A passagem da esfera pública à íntima e as mudanças no *eu* constituem aspectos centrais neste processo. Esta categoria permite abordar a questão, tanto pelo aspecto íntimo e privado, quanto público, das normas e regras sociais. Goffman dedicou-se às “mudanças que a carreira

⁵⁹ Site do Programa Nacional de DST/AIDS. www.aids.gov.br, acessado em janeiro de 2007.

⁶⁰ O HIV destrói os linfócitos - células responsáveis pela defesa do organismo -, tornando a pessoa vulnerável a outras infecções e doenças oportunistas, chamadas assim por surgirem em momentos nos quais que o sistema imunológico do indivíduo está enfraquecido (Programa Nacional de DST/AIDS, 2007)

provoca no eu da pessoa e em seu esquema de imagens para julgar a si mesma e aos outros” (Goffman, 2005: 112). A carreira moral do soropositivo ou do doente de AIDS começa a ser construída a partir da confirmação do teste de sorologia para o HIV/AIDS e, em meio aos marcadores descritos, é construída na articulação entre as representações que esses eventos – a princípios pontuais, práticos e biomédicos – exercem no imaginário dia após dia.

Tamanha mudança no curso da vida permite refletir acerca das implicações sociológicas da doença e, mais especificamente, do HIV/AIDS, como indicou Pollak (1998), ao discutir a “ruptura biográfica” produzida por uma doença grave. A descoberta da soropositividade na história dos entrevistados revelou-se – com poucas exceções – uma surpresa. A própria abordagem dessa questão pode gerar nos entrevistados um incômodo referente a dúvidas sobre sua moral e, talvez por isso, seja freqüente que muitos afirmem desconhecimento das formas de aquisição do HIV. A análise da descoberta da soropositividade não pretende generalizar os achados biográficos mas, sempre que oportuno e possível, tentar correlacioná-los às teias sociais que se armam em torno deles.

Vale lembrar que nesse tipo de pesquisa é preciso considerar a existência do que se apresenta como um “descompasso emocional” entre os entrevistados. Entende-se emoção como um sentimento construído socialmente, que se expressa como algo vivido/sentido visceralmente, levando-se em conta os tempos – cronológico e subjetivo – que separam um entrevistado do outro.

Como alguns entrevistados expressam com mais intensidade seus sentimentos, há dificuldade nas comparações entre os discursos. Para não descontextualizar as falas e tampouco perder sua riqueza é preciso ponderar sobre as diferenças, em termos de capital cultural, exibidas em distintas visões de mundo. Além disso, o tempo decorrido entre o diagnóstico e o momento da entrevista constituem um elemento crucial a ser considerado. Não seria idôneo conceder graus equivalentes às distintas entrevistas, pois o informante pode adquirir um modo de distanciamento da notícia e repensar sua trajetória. Sua fala pode então adquirir novos coloridos. Entrevistados como Carolina, com diagnóstico do HIV há mais de dez anos, por exemplo, falam do período de descoberta da doença de forma diferente daqueles que receberam a notícia recentemente. Daniela, soropositiva há cinco anos, emocionou-se ao falar do contágio. Maria, recém diagnosticada, não conseguiu chegar ao final da entrevista, e utilizou o termo “deprimida” para expressar como se sentia. Os dados sugerem a crença dos soropositivos na necessidade de sucessão e de superação de etapas, nas quais é comum o emprego generalizado de categorias de nomenclatura psicológica, como depressão.

A soropositividade conforma uma identidade social?

Ao longo da vida os sujeitos encarnam várias – e simultaneamente – identidades sociais. Encenam diversos papéis, de acordo com suas pretensas convicções ou acepções políticas, sociais, culturais. Entendendo identidade social como a “moldura possível onde os sujeitos podem existir e se expressar a partir de certos princípios classificatórios” (Heilborn, 1999: 137), torna-se

questionável se a reorganização biográfica a partir do diagnóstico de sorologia positiva para o HIV conforma uma identidade social específica para os pesquisados, a ponto de uma auto-identificação. De todos os entrevistados, apenas um estabelece íntima conexão entre a doença e sua identidade. Essas conclusões vão ao encontro daquelas apontadas por Mèndes-Leite e Banens:

“Na maior parte dos casos, o indivíduo começa por se opor à nova identidade de soropositivo que acabam de lhe atribuir. Esta é incompatível com sua identidade anterior, incompatível com a vida como ela havia sido projetada até este momento. Por que eu?” (Mèndes-Leite e Banens, 2006: 34)⁶¹

Carolina infectou-se no início da epidemia, quando possuía apenas vagos conhecimentos sobre a doença, associada à transmissão sexual entre homens. Não pertencia ao “grupo de risco”, conforme a epidemiologia e as autoridades sanitárias classificariam. O impacto da AIDS em sua vida é tamanho, a ponto de ter se reestruturado, tanto pessoal quanto profissionalmente, tornando-se uma influente militante em movimentos sócio-políticos (feminista e o de luta contra a AIDS). A trajetória dessa mulher distingue-se das demais, ainda que este tipo de percurso possa ser identificado em outros grupos pesquisados.⁶²

Terto Jr. (1997) discutiu longamente a emergência das identidades soropositivas, chamando a atenção para as maneiras de “assumir” a soropositividade. Os diferentes modos estão relacionados ao gênero, classe, identidade sexual e hábitos culturais (Terto Jr, 1997:66).

⁶¹ Texto original: “Dans la plupart des cas, l’individu commence par s’opposer à la nouvelle identité de séropositif que l’on vient de lui attribuer. Celle-ci est incompatible avec son identité antérieure, incompatible avec la vie telle qu’il l’avait projetée jusque-là. Pourquoi moi?” (Mèndes-Leite e Banens, 2006: 34).

⁶² Sobre identidade e movimentos sociais, ver Fachinni (2006).

Os dados mostram que a publicização da doença pode ser um processo relacionado ao dilema de desmoronamento de identidades, ligadas à família, ao trabalho e outras esferas. Sentida como uma “necessidade de falar”, um “enfrentamento político”, é possível somente quando o sujeito deixa de sentir “vergonha” da doença. É freqüente que a revelação pública se dê no contexto de participação do movimento social e, ainda, mas não imprescindivelmente, de terapia psiquiátrica e psicanalítica. A análise da trajetória de Carolina indica um processo gradual de assenhorar-se de si. A publicização se desenrola num contexto de busca de autoconhecimento, de autorização interna de falar para a família e culmina, por fim, na afirmação pública da identidade soropositiva.

“Tinha necessidade da minha visibilidade. Ir ao Conselho de Saúde, reivindicar melhor atendimento para uma pessoa que vive com HIV é uma coisa, agora ir lá e reivindicar um melhor atendimento para as pessoas que vivem com HIV e para mim, você tem mais força, você tem mais moral, você não está pedindo para o outro. Estou pedindo para mim e para o outro. E aí as pessoas começam a ver que a epidemia não acontece só com o outro, o feio, o pobre, o escroto. Acontece com qualquer um de nós, que somos feios, bonitos, escrotos, maravilhosos”. A visibilidade é importante para a gente lutar para melhores condições. Mas, por outro lado, você não tem que exigir que as pessoas mostrem sua cara, se não está *preparado* para mostrar a cara. A visibilidade é importante, mas *você tem que ter uma estrutura para sua visibilidade*”.

Carolina poderia ser caracterizada como a personagem moderna apresentada em estudos antropológicos sobre “camadas médias” (Velho, 1987; Salem 1987), à medida que se faria representar, dentre outras características, pela vertente psychologizante da ideologia individualista, cuja ética é fundada sobre

os pilares da “igualdade”, “autenticidade”, “diferenciação”, “coerência”, “projeto” e “consciência do self”. Tal configuração ideológica estaria atrelada ao processo acelerado de modernização pelo qual passou a sociedade brasileira a partir dos anos 1960.

A frase “a minha dor é única, só eu a senti” evidencia um processo construído na psicoterapia, interpretada pela entrevistada como “evolução” de sentimentos. Com quinze dias de diagnóstico ela procurou um psiquiatra, por indicação do infectologista. Achava que “só tinha o HIV para resolver” mas, posteriormente, considerou que “precisava ter feito terapia há muito tempo, para entender do HIV, que foi uma vírgula, um detalhe”.

Para os demais entrevistados, a psicologia é referida como uma possibilidade terapêutica distante, “que serve para” ajudar a curar um mal ou uma dor, mas nunca como estratégia de autoconhecimento, embora possa se constituir como tal em poucos casos. A modelação de si é um processo que envolve o autoconhecimento e a superação de sentimentos de vitimização, culpa e responsabilidade, categorias do discurso psicológico e religioso. Os significados de cada categoria são expressos na fala de Carolina metaforicamente e aludem à superação de etapas. Se a “vítima” se expressa socialmente como “coitadinha, cinderela, idiota”, “cujas decisões são tomadas por outras pessoas”, a infecção é entendida como “provocada por algum canalha/maldoso”, sem que nada se possa fazer. A “culpada” representa a imagem da mulher que, “imóvel”, “pune-se”, “abole o sexo” e “caminha em direção ao buraco”. Finalmente, a imagem da mulher “responsável” se

apresenta como “forte, consciente, liberta”, capaz de realizar, por si própria, mudanças para se sentir bem, crescer, ter poder e coragem. Este processo é percebido como extremamente doloroso e enfatiza a reflexividade e autonomia do indivíduo.

Se a psicanálise é o trampolim que permite a “faxina interna” para “visibilizar”⁶³ a AIDS, é a participação na esfera política pública que expressa a visibilidade. Essa percepção se apóia na idéia de liberdade de escolhas, incluindo as sexuais (os igualitaristas) e a garantia de direitos humanos. No Brasil, a afirmação inicial da soropositividade e o ativismo político estão vinculados a certos atores públicos (Galvão, 1998), cuja visão de mundo estava fundada nos ideais igualitários e de redemocratização.

Como afirma Terto Jr. (1997), as ONGS/AIDS são uma das principais referências para as “pessoas que vivem com HIV/AIDS”:

“Estas organizações abrem espaço para socialização com outras pessoas na mesma condição, para o ativismo em torno de suas necessidades e recursos para a gestão da epidemia (...). As ONGS/AIDS se tornam um espaço privilegiado para analisarmos a emergência de discursos e representações sociais sobre a soropositividade e para conhecer este novo personagem social: a pessoa vivendo com HIV/AIDS” (Terto Jr., 1997:68).

A publicização da AIDS como vetor político está, em grande parte, associada ao movimento pioneiro de Herbert Daniel (1988), fundador do movimento social de luta contra a AIDS, com Betinho, nos idos dos anos 1980. Daniel

⁶³ Note-se que “visibilizar” e “publicizar” são termos que se distinguem da categoria “assumir”, amplamente utilizada na revelação.

considerava que as pessoas soropositivas deviam exigir seus direitos políticos.

Dizia ele:

“Não pretendo me calar. (...) Estou vivo. E, como milhares de brasileiros com AIDS, exijo uma mudança de rumo na política sobre AIDS. Que seja fundada na compreensão do problema epidêmico e guiada pela solidariedade (...). É por causa disso que falo da minha doença. Como um esforço para desmistificar uma doença terrível que é uma ameaça à saúde pública mundial. É também minha contribuição para o trabalho de divulgar informações corretas sobre a doença” (Daniel, 1989).

O movimento homossexual brasileiro, já presente à época, somou-se a esse processo coletivo das pessoas soropositivas. Muitos autores afirmam que, no Brasil, a “resposta” à epidemia de HIV/AIDS começou a ser construída nas ações não-governamentais que, inclusive, impulsionaram a formação e formatação do que viria a se constituir, mais adiante, como o programa governamental de AIDS brasileiro (Teixeira, 1997; Terto Jr, 1997). Os soropositivos, freqüentemente oriundos de associações, tornam público um discurso contrário à idéia do fatalismo da morte, associado à idéia do “câncer gay”, que marcou o início da epidemia (Adam e Herlizch, 2001).

Os atores que fundam o chamado movimento de luta contra a AIDS no Brasil ocupavam uma posição de destaque e vanguarda na hierarquia social, como escritores, intelectuais, artistas e profissionais de saúde renomados, detentores de capital cultural. Além de socialização e formação em escolas de elite, viajavam freqüentemente para o exterior.

O movimento social de luta contra a AIDS progressivamente ampliou-se, de modo a ser impossível defini-lo como homogêneo e precisar quantos grupos e indivíduos dele participam.⁶⁴ A maior parte dos ativistas é composta por soropositivos, autodenominados “pessoas que vivem com HIV/AIDS”,⁶⁵ mas o movimento também conta com simpatizantes, ligados à causa por distintas razões, como laços de amizade ou de família com soropositivos, inserção política, técnica e/ou profissional. O movimento está organizado em quase todo o Brasil em fóruns estaduais, reunindo associações e organizações políticas, nos quais estão inseridos sujeitos com distintas inserções culturais, sociais, econômicas, profissionais, etárias e de gênero.

Em 1º de dezembro de 2006, dia mundial de luta contra a AIDS, o Ministério da Saúde realizou a primeira campanha nacional com a participação de ativistas soropositivos, com o tema “a vida é mais forte que a AIDS”.⁶⁶ Segundo o governo, o objetivo é combater o estigma, o preconceito e a discriminação das pessoas soropositivas, em parte produzido por ele mesmo, com os meios de comunicação de massa das décadas de 1980 e 1990.

Esse processo de estigmatização, segundo os entrevistados, seria o principal responsável pela decisão inversamente proporcional à publicização: a privatização e o segredo como estratégias de manutenção da ordem (a honra, a aliança, a casa, a família, a rede de vizinhança, o elo com o mundo público).

⁶⁴ Estima-se que atualmente, no Brasil, há cerca de 600 organizações não governamentais (Programa de DST e Aids. www.aids.gov.br, acessado em agosto de 2006).

⁶⁵ Segundo Terto Jr. (1997) essa terminologia foi cunhada por Herbert Daniel.

⁶⁶ www.aids.gov.br (acessado em dezembro de 2006).

O silêncio em torno da doença e a negação de uma identidade, acompanhados da não participação em movimentos sócio-políticos, estão estreitamente relacionados ao valor família, representado, em geral, por uma estrutura familiar tradicional, caracterizada por forte assimetria entre os gêneros. Com exceção de Carolina, todos os entrevistados são “não ativistas”. Para eles a AIDS, ainda que acarretando um aprendizado e crescimento pessoal, representa vergonha, que não pode ser expressa no cotidiano e, portanto, uma doença a ser esquecida.

A eleição do segredo ao invés da publicização também está articulada, em parte, às desvantagens sociais que a AIDS agrega à trajetória individual, muitas vezes já desfavorecida em termos de capital cultural. Alberto compartilha com outros entrevistados a crença no *esquecimento cotidiano da doença*. Avesso a terapias ou à participação política, administra seu tempo, cronológico e subjetivo, entre trabalho, casamento e lazer. Ana, a esposa, é descrita como a principal responsável pelo afastamento da idéia da doença, que é efetivamente rememorada em períodos de adoecimento e convalescença. Portanto, a estratégia de publicização se opõe à de manutenção do segredo. A primeira, por mecanismos políticos ou psicológicos, utiliza-se de uma retórica prolixa para entender, questionar, evocar direitos ou conduzir à superação de traumas internos. Já a segunda ancora-se na resolução do silenciamento, na qual há uma recusa da expressão verbal, que representa uma ameaça à ordem social e pessoal.

A manutenção de certa ordem não significa, no entanto, ausência de reformulações biográficas. As noções de esquecimento e silêncio se apresentam, na medida em que a ameaça constitui uma forte representação da doença. A gestão do silêncio e do segredo evidencia uma relação silenciosa com a rede de parentesco e com a vizinhança, que impacta a subjetividade, transformando os indivíduos em pessoas que devem guardar um segredo que deve ser pretensamente esquecido, mas ao mesmo tempo lembrado para que se continue vivo. O esquecimento é obliterado pelo sentimento de privação de bebidas alcoólicas, pela necessidade absoluta do uso de barreiras para manter relações sexuais, pela realidade palpável e concreta dos medicamentos e pela realização de exames para controle.

Uma questão recorrente é a busca de respostas sobre o tempo médio de vida de uma pessoa com HIV/AIDS. A incerteza dos sujeitos é frequente no universo das doenças crônicas. No caso da AIDS, a progressão da doença é incerta e o soropositivo deve saber que pode ficar doente a qualquer instante. Em todas as esferas da vida social afetada pela doença, o doente deve fazer escolhas (Adam e Herlizch, 2001).

Com o aumento da sobrevida, proporcionado pela administração de medicamentos eficazes, o que torna possível um planejamento de longo prazo para os soropositivos, há uma valorização do presente, aspecto central para muitos entrevistados. A maioria das sociedades afasta a morte e a agonia da vida normal (Elias, 2001), e a AIDS torna perceptível que a vida é falível (“viver esperando a morte chegar, diz uma das entrevistadas”). A celebração do

presente está articulada à reavaliação, que resulta em mudanças subjetivas. O contato com a doença insere o indivíduo em um sistema simbólico – serviços de saúde, teorias, linguagens e tratamentos, discursos – sobre a representação da doença na vida. Enfim, são múltiplas as influências que passam a informar o indivíduo que *se torna soropositivo*.

Ao lado da psicanálise, os serviços de saúde, os grupos de reflexão e ajuda-mútua em ONGs têm se configurado como agências que apostam no desenvolvimento da reflexividade, remetendo à ampliação de um referencial de mente e corpo sãos. Práticas como corrida, ginástica, alimentação balanceada, homeopatia, etc. são sugeridas e estão presentes nos discursos. A preocupação com o corpo e com a lipodistrofia,⁶⁷ mencionada sobretudo por mulheres soropositivas, indica uma valorização da vida física e espiritual, na qual é imprescindível um bom aproveitamento do tempo de vida. Nesse caso, o acesso a novos sistemas discursivos permite uma ampliação dos referenciais sobre sexualidade, saúde e doença, contribuindo para uma mudança na subjetividade.

Com o processo de medicalização, há uma aquisição de um conhecimento avaliativo, quando a pessoa passa a perceber o corpo de um outro modo (“no momento do teste minha carga viral estava alta, eu poderia ter pego o HIV recentemente”, explica Leonardo, que não possuía informações anteriores sobre a doença). O corpo passa a ser medicalizado, explicado, a ganhar coerência e novos significados.

⁶⁷ Alteração corpórea provocada pelos efeitos colaterais dos medicamentos antiretrovirais (www.aids.gov.br, acessado em dezembro de 2006).

As argumentações teórico-empíricas formuladas nesta seção abordam a interação entre um “eterno paciente”, proprietário de uma carreira moral de doente, oposição a um indivíduo considerado sadio. O estudo da experiência moral proporcionada pelo encontro e pelo cotidiano afetivo-sexual de duas pessoas marcadas pela diferença sorológica passa a ser relevante, na medida que o HIV/AIDS é estigmatizado socialmente, estabelecendo uma diferença social entre dois sujeitos (Goffman, 1988).

Contaminação assimilada, vida ritmada pela medicalização e disposição a habituar-se com o mal (Mendes-Leite e Bannens, 2006:45), a construção de uma nova vida social, porém, só se dará nos limites dos valores do grupo social no qual os sujeitos estão inseridos. As reestruturações contêm uma dimensão identitária, com a perda de uma identidade antiga, quando a experiência da doença constitui uma *ruptura biográfica*, ao impor modificações na organização do cotidiano, conduzindo a questionamentos existenciais anteriormente inexistentes (Pollak, 1998; Adam e Herlizch, 2001; Mendes-Leite e Banens, 2006). Reflexões sobre a doença também podem ocorrer no momento da entrevista – o que, de fato, aconteceu.

2.3. A revelação para o parceiro

Mas onde, como, foi feita essa divisão
entre som e silêncio, se não com os ouvidos?

(Sérgio Sant'Anna)

A descoberta da soropositividade impõe vários desafios na trajetória individual, dentre os quais a revelação da soropositividade e/ou da AIDS para o/a parceiro/a, na esfera conjugal.

As entrevistas evidenciam que o curso afetivo-sexual do relacionamento é alterado substantivamente com a incorporação de uma carreira moral soropositiva. Geralmente os sujeitos sem parceiros estáveis passam por um período de diminuição ou ausência de investidas afetivo-sexuais (Maksud, 2002; Mendès-Leite e Banens, 2006).

O segredo da soropositividade contém uma tensão que o próprio sujeito espera resolver no momento da revelação. Para Simmel (1939), o segredo guarda a possibilidade de produzir mudanças e surpresas, alegrias e decepções. Justamente por esta razão há uma tentação de revelá-lo, além do risco de ser descoberto anteriormente. O contraste entre *esconder* e *revelar* produz uma tensão, passível de ser resolvida com o *prazer da confissão*, como nomeia o autor. O segredo constitui um elemento individualizante de primeira ordem porque, em um grupo pequeno ou em uma relação conjugal, a formação e

manutenção de segredos são dificultadas pela proximidade entre os atores sociais e, ainda, pela frequência e intimidade de contatos, provocando o desejo de revelação (Simmel (1939).

Revelar a sorologia positiva é um dilema, pois inclui o medo da rejeição. Este segredo comporta estigma (Goffman, 1988). Alberto, Carolina, Janaína e Hilda possuem trajetórias e capitais culturais distintos, mas compartilham o fato de terem iniciado relacionamentos afetivos após o conhecimento da soropositividade. As três mulheres tiveram experiências anteriores de contar a possíveis pretendentes sua soropositividade e, depois, foram rejeitadas e sentiram-se estigmatizadas. Esta depreciação social se dá em dois planos: da moral feminina e da desqualificação como parceira sexual. No que concerne ao primeiro, indagações e acusações podem ser associadas à sua condição, como: "Que tipo de mulher tem AIDS?"; "Mulher casada tem HIV/AIDS?"; "Mulher direita é soropositiva?". Nas entrevistas com as mulheres foi possível também apreender mudanças nas trajetórias, como a redução do número de parceiros, devido à recusa dos homens. Esta contenção sexual pode significar "mais responsabilidade" ou uma vida "mais regrada". De acordo com uma entrevistada, ficou *"mais reservada: não esquentava de sair com um e com outro, para transar, sempre sem camisinha"*. Após o HIV, *"só teve quatro parceiros, pois não poderia contar para qualquer um"*.

Com a internalização da carreira moral soropositiva, elas passaram a vivenciar um sexo *tutelado, racionalizado, controlado e responsável*: o sexo medicalizado, o que pode ser ilustrado pelo seguinte depoimento:

“Eu não podia mais amar, não podia mais namorar. Eu me sentia a bomba efeito laranja. A bomba do Vietnã, que contaminava todo mundo. Eu chorava muito. Sexo para mim sempre foi muito gostoso, prazeroso, e não me via mais no direito de ter esse prazer, porque podia contaminar as pessoas”.

Não se trata aqui de limitar a reflexão à subjetividade feminina ou considerar estes fenômenos como exclusivos ao universo feminino. Porém, efetivamente, nas entrevistas com homens soropositivos, a rejeição foi um dado menos recorrente.

Os entrevistados não comprometidos conjugalmente usualmente consideram que novos relacionamentos só devem ser estabelecidos com pessoas também soropositivas. O imaginário, neste caso, é construído em torno de uma certa redução de preconceito, por se tratar de um *igual*, sem a ameaça de aquisição do vírus. Deste modo, o parceiro pode ser isentado de qualquer responsabilidade pela saúde alheia, o que, por vezes, acarreta a abolição do uso de preservativo, considerado acessório dispensável pelos entrevistados.⁶⁸

A revelação da soropositividade produz dúvidas sobre a conduta de quem *revela* e acerca do comportamento futuro daquele que *escuta a revelação*. A partir de então, pode-se temer que o (futuro) parceiro busque e privilegie outras interações afetivo-sexuais. O/a soropositivo/a acha que *perde valor* na relação

⁶⁸ Situação que não condiz com a realidade biomédica, pois de acordo com a literatura biomédica, há dois tipos de vírus: o HIV 1, isolado em 1983, e o HIV 2, identificado em 1986. Para os diferentes tipos de HIV há subgrupos: o HIV 1 se divide em três grandes grupos, segundo a variabilidade genética: M, O e N. No grupo M são identificados 9 subtipos e nos grupos N e O apenas um. No Brasil o mais freqüente é o HIV grupo M subtipo B. O contato sexual ou por sangue entre pessoas com distintos tipos pode acarretar a piora do quadro. (Folhas informativas, 2006). Além da possibilidade de “trocar vírus”, no caso do sexo sem proteção também é possível a aquisição de outras DST, além do HIV.

de casal. Teme-se abolir ou diminuir as interações sexuais com o parceiro, o que pode ocorrer por iniciativa do parceiro soronegativo – por proteção – ou do soropositivo, por recear o contágio.

A despeito das diferenças entre as trajetórias, certos padrões são recorrentes, quando a revelação é anterior à constituição do casal. A tentativa frustrada de relacionamentos anteriores, concluídos em decorrência da revelação da soropositividade, segundo as mulheres entrevistadas, constitui um indicador da importância da *avaliação* do contexto. Falar antes do estabelecimento da aliança é uma forma de angariar confiança. Explicar o passado e demonstrar a legitimidade da contaminação são estratégias utilizadas. As mulheres ficam “mais reservadas” a partir de então, pois não podem sair e contar para qualquer homem. As experiências na revelação demonstram o abandono.

Os temores da discriminação e rejeição podem conduzir à opção de não revelar, e adotar determinadas estratégias de ocultamento da soropositividade (como, para os que utilizam medicamentos, a não ingestão diante de outros). Janaína escondeu sua soropositividade do marido durante dois meses, “por não saber como contar, desconhecer sua reação e temer ser abandonada”, o que já havia ocorrido anteriormente com outros parceiros. Em certa ocasião, Janaína adoeceu e, ao ser internada, seus familiares revelaram a Júlio.

Nesta pesquisa não é possível explorar mais profundamente a situação de abandono devido à soropositividade, pois o principal critério de inclusão dos

entrevistados no estudo dizia respeito a *considerar-se integrante de um casal*. No universo pesquisado, o par já estava formado quando da descoberta ou revelação da soropositividade de um dos parceiros. Apenas quatro das treze pessoas soropositivas que descobriram sua soropositividade não mantinham o relacionamento atual.

Conforme evidenciam certos estudos (Maksud, 2002; Mèndes-Leite e Banens, 2006) e, sobretudo, a literatura produzida por grupos ativistas e/ou ONGs, muitos decidem se relacionar apenas com pessoas soropositivas. Após um período de abstinência amorosa ou sexual, freqüentemente há a retomada de vínculos com pessoas soropositivas. A possibilidade de contágio por outros tipos de patologias entre dois parceiros com HIV/AIDS preocupa pouco e não representa impeditivo para a união. O relato de uma entrevistada é ilustrativo:

“Parece engraçado, e as pessoas falam: ‘ah, é mais fácil se relacionar com soropositivo!’ (...) Os portadores com quem me relacionei, (...) dois falaram assim: ‘a gente já tem HIV mesmo, então para que usar camisinha?’ Eu não sei se é falta de informação. E aí você fala da infecção, fala de um montão de outras coisas. (...) Tive quatro experiências com pessoas soropositivas!”

O diagnóstico positivo implica dúvidas para os sujeitos: a quem contar? Por que contar? Quando contar? Como contar? A identidade soropositiva pode ser construída a partir da revelação do profissional de saúde sobre a *novidade* ao sujeito que, naquela situação, está investido da identidade de paciente. Lévi-Strauss, em *O feiticeiro e sua magia* (1996), demonstra que Quesalid *passa a ser xamã* quando ele e a comunidade acreditam em seus poderes e, assim, legitimam a nova identidade. Quesalid se reconhece e é reconhecido como tal.

Esta atribuição de identidades – por si e pelo grupo de referência – integra a hipótese de que a revelação e/ou afirmação do HIV/AIDS delinea a construção da identidade de soropositivo. Explicitar a condição de soropositivo implica uma tensão no relacionamento do casal, podendo acarretar uma ruptura ou confirmação mas, sobretudo, a evidência de uma *diferença* no par.

Revelar a soropositividade implica discutir temas muito íntimos. Trata-se de uma situação tensa, com discursos de justificativa de comportamento (Muxel, 2002) da pessoa que contraiu o vírus e do parceiro ou grupos de referência, com a produção de categorias acusatórias. Neste sentido, a revelação da condição sorológica pode envolver a ruptura de relacionamentos estáveis, a revelação de práticas não publicizadas (como a homo ou bissexualidade, uso de drogas, sexo pago ou profissional, relação extraconjugal, multiplicidade de parceiros etc.). Por outro lado, a revelação também pode confirmar a união entre os pares, seja pela manutenção do que é considerado como sentimento amoroso, seja pela afirmação dos laços de cuidado, solidariedade, seja pela construção de um amor altruísta. Neste caso, essas concepções reafirmam o casal (Singly, 2003).

Quando a descoberta da soropositividade se dá em uma relação já estabelecida (como para nove soropositivos entrevistados), a notícia pode produzir a busca de justificativas e de uma avaliação do parceiro. Inicia-se um processo de reorganização subjetiva, que inclui uma avaliação da vida e reflexão sobre a morte. A categoria nativa “preparar o terreno” é recorrente nas entrevistas. Evitar relações sexuais e/ou usar preservativos – anteriormente

não utilizados – constituem atitudes até que se consiga falar. No entanto, tais situações por vezes produzem desconfiança e alteram a dinâmica conjugal.

Muitas vezes a notícia gera um impacto negativo sobre o casal, a ponto do parceiro masculino – até então com sorologia desconhecida – ser acusado de portador e transmissor do vírus. A acusação parte dos dois lados: é comum que os homens pensem que estiveram expostos ao HIV, não considerando suas mulheres atuais pertencentes a um possível grupo de risco, como mulheres *mais velhas*, *ex-casadas*, *mulheres da vida*. É importante considerar as identidades femininas que estão em jogo: a forma de conhecimento é deveras importante no que se refere ao juízo dos homens sobre as parceiras. Para os homens, é extremamente relevante como e onde conheceram as mulheres: “*não a conheci numa roda de samba!*”, diz Leonardo, soropositivo, em elogio à uma ex-parceira. Uma das representações mais freqüentes entre os entrevistados é que AIDS é uma doença masculina. A avaliação da carreira sexual dos parceiros está em jogo e, em geral, os homens possuem mais experiência, e um número maior de parceiros sexuais.

“Eu achei que tivesse sido ele que me contaminou, e ele também achou”.
(Maria, soropositiva, casada com Mário, soronegativo)

As entrevistas evidenciam valores acerca da moral feminina. Nas relações, os homens explicitam que nunca poderiam imaginar a soropositividade de suas mulheres. Histórias anteriores ao relacionamento atual são narradas para comparar com as parceiras atuais (soropositivas) – “mulheres qualificadas”,

“apresentáveis para a família”. As mulheres anteriores , *aquelas sim*, poderiam ser soropositivas.

“Aconteceu uma transa com uma irmã de uma ex, que era *da vida*, e a camisinha saiu. Não sabia se ela era soropositiva, mas tinha dúvida”.
(Hélio, soronegativo)

“Minha família já sabia quem era minha companheira, já existia um contato com a família e tudo”. (Diogo, soronegativo)

A notícia da soropositividade feminina representa, por vezes, um desmoronamento da família e de projetos de vida, dentre os quais a reprodução. Três casais entrevistados que passaram pela experiência da reprodução consideram que “soropositivos não deveriam engravidar”, a despeito de, em todos os casos, os bebês serem soronegativos. A preocupação mais comum é quanto à incerteza do tempo de vida de que a pessoa pode dispor para educar os filhos. Outros casais mencionam desejo de ter filhos, mas não acham legítimo conceber a reprodução como projeto dada a sua condição.⁶⁹ De qualquer forma, o evento social da doença impacta as relações conjugais de forma diferenciada segundo os gêneros e maximiza substantivamente as diferenças entre os sexos. Alguns homens relatam que tudo estava tranquilo até o adoecimento da parceira. O processo é qualificado como terrível (“é difícil aceitar a notícia quando não se é farrista”, diz Ernesto), e surgem questionamentos acerca do modo de contaminação da mulher, como possível infidelidade (“será que ela arrumou outro parceiro?”), sobretudo por algumas mulheres ocultarem a forma de aquisição do HIV/AIDS.

⁶⁹ A pesquisa de Paiva (2002) mostra que é grande o número de homens soropositivos que desejam ser pais.

No Brasil, o consenso ético-médico prescreve que o teste anti-HIV seja realizado com autorização do paciente.⁷⁰ Como expressão de autonomia e confidencialidade, somente a pessoa portadora do vírus – salvo se legalmente incapaz – é detentora do direito de revelar a notícia. Este dado, no entanto, é desconhecido do grupo pesquisado. As mulheres e seus corpos são vistos por alguns profissionais de saúde como subordinados seus parceiros. Ernesto (marido de Eva) e Mário (marido de Maria) receberam a notícia da soropositividade de suas companheiras por profissionais de saúde. No primeiro caso, a mulher estava internada e, no segundo, no acompanhamento pré-natal, quando o médico revelou a condição para o casal. Júlio, que morava com a parceira há um mês, soube da soropositividade por seus familiares, quando ela adoeceu e foi internada. Janaína disse que gostaria de ter contado a ele. Já a situação contrária, de exposição da soropositividade ou da AIDS masculina por profissionais de saúde ou por seus familiares, não foi registrada. Ainda que não seja possível uma generalização, pode-se inferir que a posição da mulher no contexto conjugal é subalterna, ao menos diante dos profissionais de saúde.

A notícia da soropositividade do parceiro marca uma diferença no casal. Entrar em contato com a realidade a partir do diagnóstico positivo do parceiro explicita as bases da transmissão do HIV/AIDS. A realização do teste pelo parceiro daquele que se descobriu/revelou soropositivo traz expectativas. A ameaça da soroconversão assinala um período de limbo: hipoteticamente, aquele que

⁷⁰ O consenso está disponível na *homepage* do PN DST e Aids: www.aids.gov.br (acessado em fevereiro de 2007).

realiza o teste pode tanto ser soropositivo quanto negativo. Como a maioria dos casais entrevistados não utilizava preservativo, os parceiros percebem seu risco potencial para a soropositividade. Esperar um resultado negativo pode causar estranheza na relação: rejeitar a condição de saúde da pessoa com quem se compartilha a vida. Com o resultado negativo, a sorodiscordância está tecnicamente conformada. A partir de então, há uma diferença no casal, expressa de várias formas, de acordo com as distintas subjetividades. Antes do conhecimento do resultado os parceiros passam por uma fase de distanciamento. O anúncio da soronegatividade corresponde ao evento da “sorodiscordância efetiva”. Um processo de adaptação à doença, no qual emoções, interesses, resistências e reformulação de projetos conjugais e sexuais se mesclam, em um clima tenso. Após este período, há uma “tentativa de adaptação técnica ao risco da AIDS” (Delor, 1992). O impacto de resultados diferentes desenha, no cotidiano, uma série de alterações que vão delineando, nas falas e nos silêncios, a fronteira entre duas identidades: soropositivo (não reconhecida devido aos estereótipos e estigmas) e soronegativo (que pode representar, no casal, o “puro” ou “saudável”). Nos capítulos seguintes serão exploradas as tensões e os conflitos, conformados pela condição da “sorodiscordância efetiva”.

A categoria aceitar está presente em várias entrevistas e se refere à aceitação da soropositividade do parceiro. Em geral, está associada à continuidade dos relacionamentos afetivo-sexuais, mas também é referida aos parentes do parceiro, embora com menor frequência. Trata-se de uma categoria fundamentalmente feminina, pois foi citada em quase todas as entrevistas com

mulheres. O termo muitas vezes foi associado a uma imagem do parceiro como essencial em sua vida, o que pode ser ilustrado pelo seguinte relato: “hoje em dia, seu marido é tudo para ela: apóia, conversa. Se melhorou enquanto pessoa, deve isso a ele, que a ensinou a viver de um jeito melhor. Ele é seu amor mas, antes de tudo, seu amigo. Pode contar com ele para tudo” (Janaína). A mesma entrevistada disse ainda que sua sogra também a aceitou. O uso do termo *aceitar* remete-se, portanto, à constatação e afirmação da diferença.

No entanto, nem todos contam aos parceiros. O que está em jogo na avaliação dos sujeitos quando decidem não contar? Dois homens soropositivos com outras parceiras sexuais, além de suas mulheres, elegeram apenas uma para revelar sua doença: as “esposas” – as “de casa”⁷¹ – e algumas mulheres com que se relacionam de forma mais recorrente (nomeadas como “ex-namoradas” ou “amantes”). Difícil desconsiderar e avaliar em que medida o serviço de saúde e os avisos médicos influenciam a decisão de eleger quais parceiros devem merecer a confiança para a revelação.

Dois casos são aqui abordados para refletir sobre a trajetória masculina. Um dos aspectos centrais para a revelação relaciona-se à naturalização do vínculo

⁷¹ A pesquisa de Monteiro (2002) com jovens de uma favela carioca marcada pela violência, pelo narcotráfico, baixa escolaridade e por relações assimétricas de gênero, revela uma lógica que aproxima o conhecido/familiar da noção de proteção e vincula o desconhecido/estranho a uma perspectiva ameaçadora, como parte do universo dividido entre a casa e a rua, reforçando a tese de que o familiar protege. A discussão de Monteiro acompanha, em parte, a clássica discussão de DaMatta (1984).

conjugal, bem como ao compromisso de confessar *tudo* para a esposa (ou marido).

Um dos entrevistados com relações com quatro ou cinco parceiras, ao se descobrir soropositivo, passou a manter somente o relacionamento com uma das mulheres. Apenas duas souberam da notícia – a esposa e uma ex-namorada. As outras três mulheres eram classificadas com posições diferenciadas na escala conjugal: uma como “de casa”, “alguém que se conhece a família, os pais, os filhos, com quem se tem intimidade e confiança”, com três anos de relacionamento. Não é possível afirmar quais os motivos para o ocultamento da condição, mas dois aspectos são relevantes: a falta de coragem de contar e o fato da pessoa ter no momento outro relacionamento. Duas outras parceiras sexuais foram citadas e não souberam da soropositividade, apesar das relações sexuais, esporádicas, terem ocorrido sem preservativo. O motivo para não contar, nesse caso, reside no fato de não ter intimidade suficiente, e no receio de não *haver espaço* para tal revelação.

Outro homem com “muitas namoradas”, em relação paralela ao casamento – uma soropositiva, que o levou à testagem – não fazia uso regular de preservativos e não revelou o diagnóstico. Sem coragem de contar, considera que possivelmente elas não seriam soronegativas. A avaliação física das mulheres e seu envolvimento com outros homens constituem fatores vinculados à falta de coragem de se expor (“elas estão gordinhas”; elas estão “namorando outras pessoas”).

Contar ou não para parceiros eventuais, portanto, parece estar articulado à forma de classificação da mulher pelo homem, em um sistema que opera categorizando as mulheres de acordo com o tipo, o tempo de relacionamento e a forma de conhecimento.

A representação do homem, ativo sexualmente, está associada a um padrão de virilidade que não pode ser destruído com a notícia da AIDS, uma doença marcada pelo estigma da “homossexualidade”. A AIDS pode enfraquecer simbolicamente o homem, diminuindo seu valor.

2.4. Doença e cuidados

Ela tomava sob sua proteção
todos os do sexo que não era o seu
e isto por razões de que
ela mesma não podia dar-se conta
(Virgínia Woolf, *Passeio ao Farol*)

As mudanças decorrentes do evento da soropositividade são diversas: a rotina de consultas, exames e a ingestão de medicamentos. O sujeito se torna paciente, o que muitas vezes determina alterações na rotina conjugal. O parceiro participa ou deseja participar dos cuidados, que envolvem, pelo menos, duas dimensões inter-relacionadas: a doméstica e a moral.

Knauth (1998) evidencia que, em contextos populares, a experiência feminina do cuidado se refere ao preparo da alimentação, ao repouso, à administração de medicamentos, marcação e acompanhamento das consultas e exames clínicos, e tomada de decisão em relação às medidas necessárias, como internação (Knauth, 1998:186). No universo pesquisado todos os homens positivos, com uma única exceção, coabitam com suas mulheres, que cuidam deles. Esta situação se distingue do caso das mulheres soropositivas. Três moram sozinhas. Ainda que numericamente não seja possível generalizar este dado, de que as mulheres tendem a ficar mais sozinhas que os homens, quando soropositivas – principalmente por se tratar de um estudo qualitativo – é possível observar que os cuidados domésticos constituem uma atividade predominantemente feminina. Esse quadro acentua-se quando a mulher é

soronegativa e o homem soropositivo. Esta situação reforça as diferenças de gênero, já conhecidas na divisão sexual do trabalho (Durham, 1980).

Já o plano da responsabilidade moral é mais evidente entre homens soronegativos e mulheres soropositivas, embora também se verifique no par formado por mulheres negativas e homens positivos. Nestas duplas, em geral, esse domínio está fortemente associado com os cuidados domésticos. Essa característica foi observada nas entrevistas, por exemplo, quando os parceiros soronegativos demonstram preocupação (às vezes extremada) e zelo pela saúde do outro. É freqüente o aprendizado de detalhes sobre o tratamento do parceiro, com um domínio de códigos técnicos que muitas vezes não coincidem com o capital educacional do entrevistado, o que pode ser ilustrado pelo relato:

“Tenho medo que o Leonardo fique doente, resfriado. O CD4 estava baixo. Nessas horas é preciso cuidado redobrado” (Laura).

O cuidado moral articula-se a trocas entre os parceiros. O caráter coercitivo das trocas é um tema caro à antropologia, sendo sua principal expressão a pioneira obra de Mauss (2004). Analisando as principais formas de troca na Polinésia, Melanésia e Noroeste americano, o autor questiona por que as coisas são dadas e retribuídas. A espontaneidade, por um lado, e a obrigação e coerção, por outro lado, constituem uma questão central. A retribuição adequada de um presente é essencial para a manutenção do prestígio, da honra e da autoridade. O caráter coercitivo da troca significa dizer que é preciso “dar, receber e retribuir”. Não é possível recusar uma dádiva, sob pena de romper com um sistema de prestígio contido nas trocas. A partir de Mauss

e outros autores (Lévi-Strauss, Bourdieu e Godelier), Coelho (2006) discute a troca de presentes entre patroas e empregadas domésticas, chamando a atenção para o valor da “gratidão”. Esta autora aborda a maneira pela qual o modelo da troca dramatiza o tipo de vínculo entre patroas e empregadas; o modo como os indivíduos se utilizam de um conjunto de regras compartilhadas para expressar as trocas materiais; e a forma como a gratidão, engendrada pela troca, permite compreender aspectos da cultura brasileira (Coelho, 2006: 65). O texto aborda uma questão crucial na relação estudada: a hierarquia.

O “sentimento de gratidão” é citado por alguns entrevistados soropositivos, sob a forma de “agradecimento” à “aceitação” pelo parceiro soronegativo. Duas frases foram recorrentes entre os soropositivos, sobretudo entre as mulheres: “ele/a me aceitou” e “ele/a é tudo para mim”. A expressão desses sentimentos revela uma concepção de menos valia na balança de valor do casal. De certo modo, é como se os entrevistados dissessem: “ele me aceitou *apesar da doença*”. Trata-se, portanto, de uma dádiva trocada entre pessoas de distintos status. Não é uma troca entre iguais, mas entre diferentes. Trata-se, como apontou Coelho, de uma troca hierárquica. No caso da sorodiscordância, essa posição diferencial dos atores é responsável, por exemplo, pelo sentimento de responsabilidade de alguns homens em relação às parceiras positivas. Como diz um entrevistado, “se eu represento tudo para ela, não sei o que pode acontecer se um dia eu faltar”. Muitas vezes os soropositivos não possuem condições de retribuir a dádiva. Na relação patroa-empregada, a retribuição esperada não é material, mas emocional (a gratidão). No casal há um retorno pela compensação de outros atributos. Diversas indagações permanecem

sobre o tema: é possível estabelecer igualdade? Há possibilidade de apagamento – ou diluição – das marcas sociais da doença?

No que concerne ao compartilhamento dos cuidados na esfera conjugal, nota-se que os soronegativos tendem a acompanhar o parceiro soropositivo no início do tratamento mas, aos poucos, deixam de ir às consultas e exames. Em alguns casos, o progressivo abandono nestas situações foi mencionado, como pela impossibilidade de faltar ao trabalho,⁷² por dificuldade financeira ou pela necessidade de cuidar dos filhos, em casa. A rotina de consultas, exames e ingestão de medicamentos é considerada extremamente penosa por algumas mulheres soropositivas, sobretudo nas fases iniciais da doença:

“Significa sair alegre ou triste” (Hilda).

“Quando estou deprimida, não tomo os medicamentos” (Maria).

A ingestão de medicamentos é relatada pela maioria dos entrevistados. Poucos não utilizam remédios, pois são considerados assintomáticos. Em casa, o tratamento para HIV/AIDS e outros objetos relacionados à doença, como os preservativos, além de revistas e jornais sobre o tema não ficam expostos. São de conhecimento apenas do casal. Por esta razão, alguns entrevistados relataram dificuldade de tomar remédios sem que outras pessoas percebam. Como disse Nelson, mostrando um frasco de medicamentos:

⁷² Na ocasião da pesquisa muitos soronegativos solicitaram ao serviço de saúde uma declaração para justificar a ausência no trabalho.

“Atrapalha andar com remédios. Evito beber. Só bebo uma vez por mês. Tive reações, efeitos colaterais. É ruim pegar remédio. Procuro beber escondido”.

A maioria dos entrevistados, sobretudo as mulheres, relata muitos efeitos colaterais, como: pesadelos, enjôo e diarreia. Apesar disso, alguns “informantes”, como Geraldo, dizem “levar a vida como se nada acontecesse”: “não vou ficar chorando, mas orar a Deus”.

Alterações no corpo (lipodistrofia) foram mencionadas apenas por duas mulheres do “campo a”. Pertencentes a um universo no qual o corpo possui um importante significado, citaram a preocupação com uma alimentação balanceada, a prática de exercícios e atividades físicas, a adesão à medicina alternativa e a revisão e suspensão de hábitos de saúde considerados inadequados, como o tabagismo.

O universo de cuidados e serviços atualmente disponíveis para pessoas soropositivas⁷³ é desconhecido dos entrevistados. Com exceção de alguns “informantes” do “campo a”, a psicanálise e outras formas de psicoterapia não integram a cultura médica dos entrevistados. Alguns são atendidos por psicólogos dos serviços de saúde em consultas pontuais, nas quais se identifica um problema a ser resolvido, com início, meio e fim.

“Já freqüentei uma psicóloga de responder perguntas, mas de conversar, não. Bater papo, sentar na calçada, faz bem”. (Eva)

⁷³ Na página do Programa Nacional de AIDS (www.aids.gov.br) pode ser consultada uma lista com a rede de serviços públicos, privados e de ONGs, voltados à prevenção e à assistência para a pessoa portadora do HIV/AIDS.

“Tenho vergonha. Sou muito tímida pra chegar e contar minha história”.
(Hilda)

“Já fiz tratamento com psicóloga no CMS de Caxias, duas vezes por mês. Estava encucada. Perdi um colega que faleceu por AIDS. O grupo era um apoio. Superei”. (Janaína)

O mesmo se passa com as informações sobre ONGs que trabalham na prevenção e assistência do HIV/AIDS. Como já apontado por Knauth (1999:123) em relação a mulheres de baixa renda, organizações de apoio a portadores do vírus são desconhecidas ou pouco conhecidas pela maioria dos entrevistados. Alguns “gostariam de conhecê-las” (sobretudo os parceiros negativos) e afirmam que “seria extremamente necessário” para a saúde de seus parceiros que, em sua avaliação, “precisam” desse tipo de cuidado (“têm muitos problemas a resolver, para tocar a vida”). Alguns soropositivos mencionaram que “não têm vontade porque já têm muitos atendimentos o tempo inteiro”, “não gostariam porque não querem comentar que são soropositivos”, “não gostam de falar sobre o HIV”, “os psicólogos são os maridos, eles que dão apoio”, ou “até têm vontade, para conhecer outras pessoas e falar, mas o tempo é muito curto...”.

Em consonância com o estudo de Knauth (1999:126), com grupos populares, o HIV é algo que deve ser esquecido. O silêncio em torno da doença verifica-se tanto no que toca à forma de infecção quanto o que ocorre fora do ambiente médico:

“Quero esquecer um pouco, levar a vida como se a AIDS não existisse. Já ouvi falar que existem organizações, mas não tenho vontade de conhecer. Também não tenho tempo de sair de casa porque tenho um filho pequeno” (Maria).

A informação não deve conduzir a uma reflexão mais profunda sobre o tema. Alguns eventos evocam a lembrança da doença, como o uso de preservativo e as doenças. A psicoterapia não faz parte dos hábitos dos entrevistados, que não freqüentam grupos de apoio ou ONGs, não participam de manifestações, protestos e passeatas, e não conhecem outros casais na mesma situação. As referências de pessoas soropositivas ainda são as personalidades do início da epidemia – Cazuzza, Renato Russo e Sandra Brea. Júlio, soronegativo, explica que considera tais recursos importantes para a assistência às pessoas soropositivas. Nunca freqüentou espaços como grupos, apesar de achar que devem ser bons “para levantar o astral”. Porém, afirma que, após conhecer Janaína, nunca respondeu a tantas perguntas, demonstrando invasão de privacidade e controle sobre a vida de casal e sobre sua própria vida.

“Eu tive uma vez que tava *dependendo de psicólogo*, porque... naquela época inicial... não tem como...acho que qualquer um fica nessa... [] a gente só fica pensando...sofrendo...[] *uma pessoa que vive na sociedade a meta daquela pessoa é crescer e desenvolver. Então quando tem um troço desse a gente, poxa, não vou fazer nada do que eu queria fazer. Inclusive na época eu tava até fazendo minha obra ... [] não ia conseguir terminar, mas terminei, graças a Deus. E nessa época o doutor chamou uma psicóloga para conversar comigo, uma pessoa muito bacana, me apoiou muito, me ajudou muito. A minha análise hoje em dia sabe o que é, é meu trabalho... trabalho, desenvolvimento, é isso, distração, diversão, final de semana se divertir. A própria Ana, minha esposa. É a principal. A*

principal é ela. Me fez esquecer. Os piores momentos. Porque agora não é mais o pior momento.

P: Por que que tem que esquecer? Esquecer o quê?

Alberto: *Esquecer, esquecer... é a doença, o HIV. Tem que esquecer isso. Porque se a gente lembrar... Porque se a gente ficar colocando o HIV na cabeça, se a gente procurar informação sobre isso... a gente tem que procurar...mas tem que procurar... procurou a informação...escutou a informação e aí acabou.*

P: Mas esquecer é não falar também?

Alberto: *Esquecer mesmo para gente. Esquecer até que a gente tem. Às vezes até esqueço que tenho.*

P: Quando é que você lembra então?

Alberto: *Eu lembro quando começo a ficar doente. Aí começo a lembrar”.*

Esta representação articula-se com o processo de memorização e esquecimento da doença, que é parte constitutiva da visão de mundo dos entrevistados, e está presente na gestão da medicalização cotidiana.

Capítulo 3

Gestão do cotidiano conjugal

3.1. Gestão do risco e medicalização da sexualidade

O tempo, o tempo, esse algoz às vezes suave, às vezes mais terrível, demônio absoluto conferindo qualidade a todas as coisas, é ele ainda hoje e sempre quem decide e por isso a quem me curvo cheio de medo e erguido em suspense me perguntando qual o momento, o momento preciso da transposição? que instante, que instante terrível é esse que marca o salto? que massa de vento, que fundo de espaço concorrem para levar ao limite? o limite em que as coisas já desprovidas de vibração deixam de ser simplesmente vida na corrente do dia-a-dia para ser vida nos subterrâneos da memória.

(Raduan Nassar, *Lavoura Arcaica*)

A experiência conjugal se constitui numa socialização secundária, na qual o casamento ressocializa os indivíduos (Singly, 2003).⁷⁴ O processo de socialização seria uma interiorização do ponto de vista do outro sobre si, na qual os indivíduos vão se desapegando de si mesmos e internalizando a subjetividade alheia. A “socialização por fricção” (Singly, 2003) não transforma definitivamente o sistema de valores e atitudes das pessoas, mas faz com que se tenha em conta o outro. Tal formulação levanta uma série de questões, por exemplo, a ressocialização do outro a partir da descoberta do diagnóstico de soropositividade do parceiro. Nessa perspectiva a vivência conjunta do

⁷⁴ Ver os trabalhos de Heilborn (2004) e Russo (1981), que citam o estudo de Kelner e Berger (1970) sobre socialização secundária. Este entendimento também é partilhado por autores que se baseiam no interacionismo simbólico.

cotidiano e dos momentos difíceis contribui para a conformação do que é ser um casal (Singly, 2003, Bozon, 2002, Heilborn, 2004).

Após a descoberta da soropositividade e sua revelação ao parceiro são inevitáveis as alterações no exercício da sexualidade entre os casais, ainda que este evento não seja o único a produzir mudanças nos repertórios sexuais dos indivíduos, nem nas trajetórias sexuais. O casal passa por diferentes fases do ciclo conjugal e a dinâmica da relação se modifica em cada uma delas (Kauffman, 2001; Heilborn, 2004). Bozon chamou a atenção para as transformações na rotina sexual, de acordo com as distintas etapas da vida conjugal, que podem ser classificadas da seguinte maneira: 1) o “casal iniciante”, em fase de formação e em processo de apresentação à coletividade. Em geral neste período há uma alta frequência de relações sexuais, forte demanda de exclusividade sexual, intenso engajamento afetivo, desejo mútuo, declarações concordantes sobre as práticas sexuais e uma forte ênfase nos *papéis conjugais*; 2) o “casal estabilizado”, já confirmado socialmente como um par, é caracterizado por uma frequência “média” de relações sexuais, razoável diminuição do valor da exclusividade sexual, declínio de sentimentos afetivo-sexuais pelo parceiro, declarações divergentes sobre as práticas sexuais e estabelecimento de papéis *parentais*; 3) fase de transição entre o casal nascente e o casal estabilizado constitui uma etapa intermediária Bozon (1998, 1999, 2001). As transformações na rotina conjugal também foram demonstradas por Heilborn (2004). Segundo a autora:

“Nos momentos iniciais da formação do par, quando sob o signo da “paixão”, o casal passa por momentos de intensa convivência. No espaço

médio de dois anos a motivação emocional que lhe deu origem é descrita como mudando de tom e se tornando “amor”, o que significa dizer que perde o seu colorido passional, adquirindo uma certa regularidade ou rotina, e que os nativos chamam de “burocratização da relação”. (Heilborn, 2004).

Levando-se em consideração que os significados das práticas sexuais podem variar segundo o tipo de vínculo, o cenário social e certos aspectos referentes à doença (como o tempo de diagnóstico), o método de análise aqui utilizado consiste na teoria sobre os *scripts sexuais* (Gagnon e Simon, 1999; Gagnon, 2006).⁷⁵ Os roteiros sexuais descrevem os cenários de uma sexualidade possível, e são assim definidos por Gagnon e Simon:

“Os roteiros são uma metáfora para conceitualizar a produção de comportamento na vida social. Na maior parte das vezes, a vida social opera sobre guias de uma sintaxe, muito como a linguagem é uma precondição para falar. Para o comportamento ocorrer, algo parecido ao roteiro deve existir em três distintos níveis: cenários culturais, interpessoais e intrapsíquicos”. (Gagnon e Simon, 1999: 29).⁷⁶

A vida social é tomada como um artifício, uma concepção que possibilita a apreensão das performances sexuais, a partir de um processo de internalização

⁷⁵As idéias aqui utilizadas se baseiam em artigos de Gagnon e em duas conferências (Museu da República e Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2007). Na ocasião Heilborn frisou recusa desse autor pela idéia do sexual com origem na psicanálise, seu afastamento da idéia de *comportamento* e aprofundamento da discussão sobre *conduta*. A epidemia de AIDS teria impulsionado as teorias sociológicas sobre sexualidade. Giami mostrou que as idéias de Gagnon e Foucault são próximas, ainda que em contextos diferentes, pois o segundo autor dedica-se ao século XIX e o primeiro ao século XX. Foucault, cuja principal questão era a verdade do sujeito ocidental, estudou os desviantes sexuais, enquanto Gagnon esforçava-se para desconstruir a idéia de desviantes sexuais. A tentativa de Gagnon era no sentido de uma despsicologização: entender a sexualidade no domínio das convenções.

⁷⁶ Texto original: “Scripts are a metaphor for conceptualizing the production of behavior within social life. Most of social life most of the time must operate under the guidance of an operating syntax, much as language is a precondition for speech. For behavior to occur, something resembling scripting must occur on three distinct levels: cultural scenarios, interpersonal scripts, and intrapsychic scripts”.

que compreende três níveis de scripts: *intrapésíquicos* (verificáveis no plano subjetivo da vida mental), *interpessoais* (observáveis no plano da organização das interações sociais) e *culturais* (visíveis na esfera das prescrições sociais). Para a proposta desta tese interessam os dois últimos modelos. Os roteiros *interpessoais*, presentes nas interações entre os parceiros, seriam as seqüências ritualizadas de atos que intervêm nos encontros, no estabelecimento e manutenção dos relacionamentos, permitindo o exercício de relações sexuais. Já os cenários culturais são as prescrições coletivas que orientam o permitido e o proibido em termos sexuais. Para os atores sociais, os cenários se tornam realidade por meio de roteiros intrapésíquicos e interpessoais, na negociação das condutas.

“Cenários culturais são guias instrucionais que existem no nível da vida coletiva. Todas as instituições são configurações institucionais que podem ser vistos como um sistema de signos e símbolos através dos quais os requisitos e práticas de papéis específicos são definidos. A atuação destes papéis deveria também, direta ou indiretamente, refletir o conteúdo de cenários culturais apropriados. Mas, estes cenários raramente são preditivos dos comportamentos atuais, e eles são geralmente abstratos demais para ser aplicados em todas as circunstâncias. A possibilidade da falta de congruência entre o cenário abstrato e a situação concreta pode ser resolvida pela criação de scripts interpessoais. Este é um processo que transforma o ator social de ser exclusivamente um ator em roteirista parcial ou em um ator que adapta e molda os materiais de cenários culturais relevantes para criar scripts de comportamento para contextos específicos. Scripts interpessoais são o mecanismo através dos quais as identidades apropriadas são definidas de forma congruente com as expectativas desejadas. (Gagnon e Simon, 1999: 29).⁷⁷

⁷⁷ Texto original: “Cultural scenarios are the instructional guides that exist at the level of collective life. All institutions and institutionalized arrangements can be seen as systems of signs and symbols through which the requirements and the practice of specific roles are given. The enactment of virtually all roles must either directly or indirectly reflect the contents of appropriate cultural scenarios. These scenarios are rarely entirely predictive of actual behavior, and they are generally too abstract to be applied in all circumstances. The possibility of a lack of congruence between the abstract scenario and the concrete situation must be resolved by the creation of *interpersonal scripts*. This is a process that transforms the social actor from being exclusively an actor to being a partial scriptwriter or adapter shaping the materials of relevant cultural scenarios into scripts for behavior in particular contexts. Interpersonal scripting is the mechanism through which appropriate identities are made congruent with desired expectations”.

A tradução de *scripts* para o português foi *roteiro*. Possui um significado associado ao teatro. A sexualidade é concebida como uma construção adquirida ao longo de um processo temporal. A teoria dos *scripts* enfatiza a plasticidade dos comportamentos humanos. Segundo Bozon, os cenários permitem aos indivíduos situar-se e atribuir um sentido sexual às sensações, situações, palavras e estados corporais. Na elaboração de sua teoria, Gagnon e Simon (1999) objetivavam enfraquecer o peso da biologia em relação à conduta sexual. As experiências sexuais são aprendidas, codificadas, estruturadas e elaboradas a partir de um aprendizado social, pela imposição de regras, de múltiplos acontecimentos, da interiorização de habilidades, de um conjunto que assegura uma capacidade para perceber e interpretar certos estados corporais, como o orgasmo (Bozon, 2004: 129-130).

Bajos et. al. (1998) propõem, de forma análoga a Bozon, Gagnon e Simon, a realização de pesquisas sobre interação sexual a partir dos modos de adaptação ao risco da AIDS. Nesta perspectiva as características sociais e sexuais dos indivíduos, a interação entre os parceiros (relações de poder ligadas às diferenças de status social, de idade, de experiência sexual, de sentimentos amorosos) devem ser consideradas. Os autores postulam que os riscos de contaminação não podem ser compreendidos fora das trajetórias sociais e de uma construção social que resulta da interação entre biografias individuais e contextos sociais (Bajos et al., 1998:310-311).

A pesquisa em ciências sociais e humanas sobre o risco da transmissão sexual do HIV pode ser dividida em vários períodos (Bajos et al.,1998; Parker, 2000).

Segundo Bajos et. al., em 1988, o Programa Global de AIDS da OMS acena a necessidade de realização de enquetes KABP (knowledge, attitude, beliefs and practices). O resultado desses surveys indicou que o conhecimento não era condição suficiente para mudanças de comportamento. Uma segunda fase reuniu modelos de pesquisas psicossociais para buscar compreender os comportamentos em saúde. O mais conhecido foi o *Health Belief Model*, que postula que a decisão de adotar um certo comportamento resulta de vários fatores, que reagrupam a percepção de vulnerabilidade individual à doença, a percepção da gravidade das conseqüências da doença, os custos e benefícios relacionados à adoção de meios de prevenção, os estímulos exteriores como as sugestões médicas, fatores demográficos, psico-sociológicos, estruturais. Há outros modelos, como a *teoria da ação racional*, que considera que a intenção é o determinante final da adoção de um comportamento racional; a *teoria da dissonância cognitiva*, que sugere que o indivíduo desenvolve opiniões e atitudes de acordo com o comportamento e que a modificação delas pode ser conseqüência de uma ação, e não somente sua causa; as *teorias de aprendizado social*, que também se interessam pelos processos cognitivos, mas afirmam a relevância do meio que leva à aquisição e manutenção dos comportamentos. Bajos et al. evidenciam que nessas abordagens individualistas a representação do risco e as vantagens e desvantagens da proteção são determinantes. O comportamento diante do risco é entendido como um ato individual e voluntário, ainda que influenciado pelo pertencimento sócio-cultural. Essas abordagens receberam muitas críticas por apresentarem uma visão excessivamente estática concernente à adoção do risco e por pressupor que o indivíduo adotará um determinado comportamento,

independente de sua situação. Nesses modelos a história sexual dos indivíduos não é considerada. Como hipótese central, a idéia de que o evento mais importante para o indivíduo seria a proteção à sua saúde – uma lógica sanitária, racional, que não corresponde à realidade (Bajos et. al, 1998:305-309).

Essa perspectiva pode ser aproximada à análise de Peto et al. (1992), que assinalam que as reações face ao risco de AIDS nas relações são muito diversificadas. Estes autores, ao buscar compreender como os adultos reagiam ao risco da AIDS e por que muitos persistiam em “correr risco”, consideram os modos de interação entre os parceiros e o contexto normativo da relação como fatores relevantes para a diversidade de comportamentos. Tais fatores se agenciariam de maneira tão específica que constituiriam uma alquimia própria de cada indivíduo e casal, não redutível a um jogo de determinação.

Para verificar se a sorodiscordância altera a sexualidade conjugal e se novos significados são atribuídos aos gestos e expressões corporais que denotam interesse e/ou disposição sexual, utiliza-se aqui a teoria dos roteiros e as análises centradas na trajetória e na biografia dos indivíduos. A seguir, os dados sobre a interação sexual dos casais entrevistados serão descritos para, posteriormente, fornecer uma síntese das mudanças e dos impactos produzidos pelo diagnóstico na vida conjugal.

Casal 1: Alberto e Ana⁷⁸

A vida sexual deste casal é marcada – desde os primeiros encontros – pela tomada de decisões referentes ao cuidado e à gestão do risco, pois quando Alberto e Ana se conheceram ele já tinha conhecimento de sua soropositividade e logo contou para a parceira. O casal recebe recomendações médicas e alertas sobre a necessidade de praticar sexo de forma “segura”, mas decide desafiar a norma médica, ao dispensar os preservativos. Alberto acha que sua parceira não tem medo de contaminação, porque “a gente começa a se gostar tanto que um não liga se o outro tiver”. No entanto, Ana declara que o receio de adquirir o HIV está sempre presente, embora camuflado cotidianamente: “no último teste que fiz achava que tinha que me separar dele, e pensando na balança acho que não deveria continuar me expondo”. Neste contexto a balança representa, por um lado, “o carinho, a relação afetiva” e, por outro, “a doença, o medo de contaminação e as desavenças”. Ao considerar a possibilidade do risco de contrair o HIV, devido ao fato da exposição sexual eventualmente sem o uso de preservativos, Ana relata várias tensões, que podem ser lidas segundo a discussão da dádiva e da contra-dádiva proposta por Mauss (2004). As trocas realizáveis pelo casal se dão a partir da permuta de “bens” diferentes: saúde/doença, ajuda financeira/dependência material, recursos (apoio material, companhia, responsabilidade moral)/ausência de cuidados:

“Eu tenho [medo da transmissão], mas ele não tem não. Quer dizer, de vez em quando acho que tem, outras vezes acho que não. Quando você tem uma coisa e não quer passar para o outro, você vai agir de outra forma e

⁷⁸ O primeiro nome refere-se sempre ao parceiro soropositivo.

ele acha que nunca vai acontecer nada. Uma vez ele me disse uma frase que me marcou. Eu perguntei: qual a sua preocupação de você vir a falecer e eu ficar contaminada e precisar dos cuidados e da ajuda de alguém? Ele falou: ‘ah, você vai ter sempre a sua mãe’. Mas não posso querer traçar meu destino achando que outros vão me cuidar”. (Ana)

Também se evidenciam tensões para Alberto: ao mesmo tempo em que considera a AIDS um “problemão” e revela não poder “assumir” a responsabilidade pela infecção da parceira e os cuidados dirigidos a ela, chama a atenção para o ideário de “igualdade” entre os status parceiros: “os dois ficariam iguais”:

P: Se por acaso acontecesse, de ela contrair o vírus... isso representa para você alguma coisa?

A: [Pausa]. Para mim [tosse] eu ia ficar... sei lá.. chocado. Que que a *gente* iria pensar dela pegar né? ... Não sei, porque a *gente*... a *gente* vive a bastante tempo... e eu gosto dela à beça né... (...) a gente se acostuma tanto um com o outro. (...) Pegando esse problema meu, ela vai ficar abalada, eu também, mas eu acho que não vai ser uma coisa tão... né, porque eu tenho, para ela ter eu acho que não vai ser muita... porque o *importante é nós dois*... acho que ela ficaria mais abalada se eu morresse. (...) se a pessoa gosta mesmo, não tem preconceito não. (...) Mas isso é muito complicado. Eu não posso *assumir*. Então a gente não pode botar a pessoa num problemão desse sem *assumir*. A gente não sabe se a outra pessoa vai *assumir*. Porque cada um tem seus próprios sentimentos. (Alberto)

Eles fazem sexo sem uso de preservativo, como declarou Alberto: “gosto muito dela, mas *te confesso* que a gente faz sem camisinha. A gente acha até que ela tem. Aí ela faz os exames.[e não ocorre a transmissão]). A suspensão do preservativo é justificada, pela parceira, com base na satisfação sexual do marido:

“Com o tempo da relação, ele tinha que tirar o preservativo e se masturbar pois não chegava ao orgasmo. Ele demorava muito e o látex do preservativo aquece, e se você demorar muito tempo para chegar ao orgasmo ele tira toda a lubrificação da vagina, resseca que chega a queimar. Não dá pra ficar duas horas esperando isso (risos). Depois de um tempo ele se adaptou e depois se desacostumou de novo. Toda vez que toco no assunto dizendo que esse é o *certo*, o ideal, ele não aceita”. (Ana)

Cabe acrescentar uma menção sobre a representação do sêmen: para Alberto, sua parceira “tem que ver”, de modo que algumas vezes eles praticam o coito interrompido e ele ejacula em suas costas. A visualização do esperma é valorizada pelo casal e, ao mesmo tempo, uma estratégia feminina para reduzir as possibilidades de transmissão.

Casal 2: Bruno e Bianca

Ambos os parceiros referiram que a companhia é um dos principais elementos estruturantes do casal. Estão juntos há cinco anos e ela diz que o ama muito. Ele declara que ela o apóia em tudo. Consideram o sexo muito importante, uma consequência do amor entre eles. Fazem sexo sem preservativo, por insistência dela: “gosta de senti-lo”. “A gaveta está cheia de camisinhas”, diz Bianca, apontando para um móvel. Se houver a soroconversão é possível conviver no cotidiano com a doença: “porque atualmente é possível viver bem nesta condição”. Além disso, Bianca é missionária e “poderia agüentar” [o sofrimento que a experiência da doença traz consigo]. Uma dúvida é ressaltada pelos parceiros: “se estamos nos relacionando sem preservativo, por que ainda não se deu a contaminação?” Mas, ao mesmo tempo, Bruno teme infectar a esposa pelo fato de não se protegerem. Ambos não entendem

como não ocorreu a transmissão: “ gostaria que alguém pudesse estudar clinicamente a Bianca para entender porque não ocorre”, pontua Bruno.

Casal 3: Carolina e Carlos

Carolina já era soropositiva quando conheceu Carlos. Ele não sabia quase nada sobre AIDS. Curioso e autodidata, buscou informações e leu a respeito da doença em materiais produzidos por ONGs ou na internet. Carolina pergunta freqüentemente ao parceiro se ele tem noção do significado da doença, ao que ele responde que sim. Para ele, a AIDS “é fichinha”, em comparação com a trajetória da sua vida. “Essa é a vida, é o risco que se corre”, diz ele. Carlos considera-se “uma pessoa esclarecida” e considera que “a possibilidade de adquirir o HIV da namorada é pequena”.

Carlos “lutou para quebrar a resistência” de Carolina. Em seus relacionamentos anteriores ela sempre utilizou preservativo: “quando você decide viver, pensa em exercitar sua sexualidade com preservativo, com responsabilidade”, diz ela. No entanto, para Carlos, “o preservativo incomoda, tira a sensibilidade e o conforto”. A seu ver, “homem não pega de mulher”. Ele não sente receio da contaminação e nunca parou para pensar numa possível soroconversão. Admite que falar seja diferente de sentir, mas acredita que a possibilidade é pequena e remota: “acredito na ciência”, afirma. “Ter o HIV hoje é normal, tem recursos, medicamentos, é cotidiano, é vida”. Carolina relata que já se sentiu muito culpada, mas atualmente considera que a responsabilidade é dele.

Para ele, “tudo pode ser feito em termos sexuais”. A entrevistada referiu-se a uma relação anterior, em contraste com a atual, quando os beijos eram interditados:

“Grandes beijos de língua, a gente não dava, esse era o limite dele. E eu sabia que teria que entender. Ele me disse : ‘conversei com o doutor, ele falou que a saliva não transmite, mas se você tiver com algum sangue na boca, ou na gengiva, ou com algum dente cariado, pode contaminar. Então acho melhor a gente não dar mais beijo de língua’. Doeu... Voltou aquela sensação do efeito laranja e o perigo. Mas, por outro lado, eu tinha alguém...”

Casal 4: Daniela e Diogo

Diogo e Daniela apaixonaram-se e iniciaram um romance. Após oito meses de relacionamento a ginecologista solicitou o teste anti-HIV para Daniela e a notícia da soropositividade foi uma surpresa para o casal. Ambos relataram muita tensão neste momento, com suspensão de beijos, carícias, contatos íntimos e atividade sexual. O anúncio da soropositividade cria condições para uma sorodiscordância potencial (Delor, 1999). Os parceiros passaram por uma fase de distanciamento. O anúncio da soronegatividade corresponde ao evento da sorodiscordância efetiva (Delor, 1999). Um processo de adaptação à doença ocorreu com emoções, dúvidas e resistências. Passado este período houve uma tentativa de adaptação técnica ao risco da AIDS. Atualmente eles estão unidos e estabilizados (Bozon, 2004), moram em casas separadas e mantêm relações sexuais freqüentes com preservativo.

No primeiro encontro sexual Diogo e Daniela utilizaram preservativo, mas o mesmo não ocorreu a partir de então:

“como não usamos, abrimos mão disso e começamos a namorar e nos relacionar. Eu não gosto, hoje uso direto, mas não gosto. O legal é quando você sente a carne, e você não sentindo parece que aquilo é uma barreira. Eu sempre fui contra, achava que acabava perdendo o estímulo”.

Entretanto, se o preservativo é necessário para a penetração, há dúvidas quanto ao que se pode ou não fazer antes:

“Eu acho legal quando você está se relacionando, penetrando e beijando junto. As iniciais são muito gostosas e a brincadeira, então a relação fica muito mais gostosa do que o ato em si. Uma coisa que me pergunto muito e não entendo: fico me perguntando se será que existe algum preservativo que se possa usar nas mãos? Eu desconheço. Às vezes você quer usar o dedo para brincar ou para fazer um pouco mais de carícia e, sinceramente, não sei se isso é errado”.

O preservativo é considerado acessório indispensável nas relações sexuais. Ainda que o homem considere que “o legal é sentir a carne”, ambos os parceiros acham ser possível somente manter vínculos sexuais com métodos de barreira. A separação entre os corpos se desdobra em diferentes níveis – carinho, abraços e toques são permitidos; beijos de língua seriam mais arriscados, mas praticados, de acordo com algumas regras; os intercursos sexuais perigosos e, portanto, evitados sem o uso de camisinha.

O uso do condom para prevenção está associado à crença no conhecimento médico, principal fonte de informação. Boltanski (1989) e Loyola (1984) demonstram a forte conexão entre medicalização e capital escolar, o que se

verifica no caso deste casal: “às vezes fico pensando que o médico podia autorizar a gente a ter relação sem precisar disso [preservativo]”. As práticas sexuais descritas por Diogo e Daniela consistem na penetração vaginal, anal e sexo oral. Nesta última prática, quando realizada pelo homem, usam um filme de PVC sobre a vagina, como proteção. O contato com o sangue é temido pelos parceiros, que evitam relações sexuais no período menstrual. A menstruação é um evento controlado pelo homem (“sei quando ela vai menstruar”). A preocupação com os orifícios corporais é salientada por Daniela, que evita beijos após a escovação dos dentes e, sobretudo, quando há possibilidade de sangramento gengival.

O casal sempre dá beijos na boca, embora “a intensidade já tenha sido maior, porque no período da descoberta houve uma queda total e depois uma retomada, mas não é mais como era antigamente”. Cortes visíveis provocam medo:

“O que dá medo às vezes é estar comendo e ferir a boca, ou se tenho um sangramento na gengiva, se eu estiver meio vulnerável e achar que vai passar o vírus pela saliva. Mas acho que o vírus não transmite pela saliva. Pode até ter gente que transmite e outros que não transmitem. E acho que é até aquela segurança própria de ver que está tão legal o momento, então por que não beijar? Vou ficar o resto da minha vida achando que quando beijar posso pegar uma doença?”.

Acidentes durante o ato sexual ocorrem eventualmente, causando preocupação. Nessas ocasiões Diogo faz muitas perguntas para Daniela sobre o uso do lubrificante adequado, a forma correta de colocação, o tamanho e a textura aconselháveis, para evitar o estouro. Ele faz o teste freqüentemente,

três vezes ao ano. As mudanças em relação à sexualidade conduzem a uma valorização da afetividade:

Hoje vejo sexo de uma forma completamente diferente. Tem pessoas que falam que sexo é a coisa mais importante na relação. Discordo, acho que o sexo é o complemento da relação. Ela é minha companheira para tudo, desde a hora que a gente levanta, é minha companheira para tomar um café da manhã, quando saímos para o parque, no final de semana ela fica comigo, é minha companheira para dormir, fazer uma viagem, andar de mão dada na rua, no parque, se beijar na rua, trocar carícias, aquelas coisas de namorado. E digo o seguinte: se à noite a gente chegar à conclusão de que teve um dia feliz, é muito legal para mim. A parte sexual dela é super aberta. Eliminar todos os pudores de cada um, mas para mim o mais importante é essa afetividade e esse companheirismo. Se terminar o dia e não teve nenhum relacionamento [sexual], para mim vai ser a mesma coisa... primeiro quero um relacionamento para depois a gente fazer o resto”.

Esse tipo de atitude, de repensar o ato sexual e, em muitos casos, ressignificar a importância da sexualidade no relacionamento é encontrado em outros estudos sobre o tema (Mendes-Leite e Banens, 2006:142).

Casal 5: Eva e Ernesto

Eva acha que não houve alteração nos beijos que dava e recebia do marido, após a descoberta da sorologia positiva. Não sabe se pode transmitir o HIV ao parceiro e diz que não tem informações técnicas. Sente receio de que as pessoas manipulem seu sangue, porque “sempre há dúvidas [que ocorra a transmissão]”. Tem medo de “passar para ele”, e considera que isto faz com que o “sexo fique menos selvagem”. Ernesto acha que pode adquirir o vírus, “se transarem sem camisinha. Assim, o casal sempre utiliza preservativos. As

camisinhas são fornecidas pelo serviço de saúde e guardadas no “criadomudo” do quarto, na residência do casal. Ele não teme a infecção, mas acha o uso do condom fundamental, “pois precisa cuidar de sua família” e, portanto, não pode adoecer. Algumas outras medidas de precaução são tomadas: ela não permite que ele faça sexo oral e ele informa que não há qualquer hipótese de praticar sexo anal.

Ernesto relata mudanças no exercício da sexualidade: “tem que parar, abrir [a camisinha]... inibe...”. Anteriormente à notícia da soropositividade o casal não utilizava preservativo. Usado no início do relacionamento, pouco a pouco perdeu o sentido, pela confiança entre os parceiros. Com o resultado do diagnóstico positivo, ela o “obrigou” a se proteger e, desde então, “nunca mais transaram sem preservativos”, com exceção apenas do “roça-roça”.

A freqüência sexual “anda baixa”, segundo Eva o sexo tem sido mensal, embora Ernesto afirme: “lá em casa é todo dia, de segunda a sábado, apenas domingo não”. Esta fala indica a valorização e afirmação da virilidade masculina pela manutenção da atividade sexual.

Casal 6: Flávio e Fernanda

A primeira relação sexual de Flávio e Fernanda demorou a acontecer: “ela foi difícil”, diz ele, num tom de admiração. Coube a ela a iniciativa de usar o preservativo na primeira relação sexual. Fernanda perguntou se ele possuía camisinha e, com a negativa, o intercurso não ocorreu, e ele “ficou muito brabo”. Pouco tempo depois o preservativo foi suspenso: “um dia não usamos,

achamos que não era mais preciso. Ficamos dois a três meses sem camisinha e logo descobrimos que ele estava com o vírus. Fiquei desesperada”. Flávio “foi infiltrando-se” na casa de Fernanda,⁷⁹ até o adoecimento de sua ex-esposa, que apresentou sintomas de diarreia, perda de apetite, emagrecimento, alterações na menstruação. Sem saber a causa da doença, Flávio e a ex-mulher conseguiram atendimento para realização de teste, num hospital municipal, por intermédio do “jeitinho” (Da Matta, 1986) de uma tia dele, funcionária da instituição. O resultado foi positivo para ambos.

O relato de Flávio, que frequenta “de vez em quando a Igreja Batista”, é pontuado por referências à crença numa força superior:

“Essa experiência até que foi boa para valorizar mais a vida, o ser humano. Deus existe, tem certas coisas que ele bota no caminho, tem que aceitar, não é para olhar para trás. Acho minha vida normal. No início fiquei nervoso e desesperado. Não sei quem transmitiu para quem, senti culpa, mas vi que minha ex-esposa precisava de mim. Minha fé dizia para eu não desistir nunca. Morei um tempo com ela para ajudar a cuidar, dar apoio”.

A reorganização da vida de Flávio provocou mudanças na relação com Fernanda, pois ele temeu perdê-la: “é difícil encontrar uma pessoa que *aceite* alguém soropositivo” e, ao mesmo tempo, pensou em abandoná-la: “era muito *peso*”. Ficou um tempo sem manter relações sexuais: “fiquei diferente uns vinte e cinco dias, mas hoje em dia não agüento ficar sem”.

⁷⁹ Consultar Heilborn (2004) e Singly (2002) sobre a relação que se estabelece quando os pertences são deixados, progressivamente, nas casas de namorados. A partir de então o sentimento de pertença vai se configurando.

Fernanda “teve de dar apoio e ser mais forte que ele”. Nessa ocasião ficou com muito receio e repetiu o teste duas vezes. Este período foi descrito como cheio de incertezas: “quando pegamos o resultado eu travei um pouco, fiquei com medo de abraçar, de beijar, mas nunca passei isso para ele”. Sentimentos contraditórios surgiram então: “fiquei triste por ele mas feliz por mim. Era o momento de apoiá-lo”. Fernanda faz o teste freqüentemente:

“Desde 2003, já fiz seis ou mais vezes. Fazia de três em três meses, mas agora de seis em seis. Provavelmente agora faremos uma vez por ano. Teve uma camisinha que rasgou quando ele começou a tomar os medicamentos, e depois aconteceu novamente.”

O resultado do primeiro teste foi esperado com muita ansiedade. Hoje Fernanda “fica na expectativa, sem muita preocupação”. No entanto, o receio da infecção continua muito presente, e relata que “ficou muito mais cuidadosa com a camisinha”:

“No início achei que também estava, então era tanto faz. Hoje me sinto mais segura, porque sei que ele tem o vírus mas está indetectável, porque ele faz acompanhamento.”

“A gente tem muito cuidado. Se vamos ter relação novamente, peço para ele lavar o pênis. Mas tomo cuidado para não entrar na neurose com a camisinha ou, por exemplo, com o estouro de uma espinha. Antigamente pensava que tudo estava infectado na casa. Tem que se cuidar mas também tem que ter cuidado para não ter preconceito. Conversei muito com [o psicólogo do serviço] e acho que as palestras ajudaram bastante.”

Este relato relativiza o entendimento de risco, fornecendo uma idéia de progressão de pensamento que culminaria na abolição do medo e do

preconceito. No entanto, quando a conversa se centra na interação sexual, Fernanda diz que pergunta, no meio da relação sexual, “se ele gozou, e fica com medo da camisinha estourar”. A partir de experiências anteriores, sem uso de preservativo, Fernanda refere que atualmente é “prazeroso, mas diferente”: o preservativo interfere muito, mas a experiência de prazer foi ressignificada neste relacionamento:

“É diferente o prazer pelo fato de não usar antes e passar a usar depois. Sem a camisinha tem maior contato. A gente só deixa de ser virgem quando deixa de ter relação sem camisinha.”

“O beijo é normal, mas mudou bastante. Beijava mais antes”, diz Fernanda, sem ter certeza se isto está relacionado a uma experiência de atração mais intensa, própria dos períodos iniciais de um relacionamento, ou pelo desconhecimento, àquela época, da condição soropositiva do parceiro. Flávio cobra os beijos, inclusive nas relações sexuais. A frequência de relações sexuais é descrita pela mulher como “alta”: “quase todo dia”, embora por ocasião da entrevista, o casal estivesse recebendo visitas e há quatro meses sem ter intercursos sexuais. O contato sexual mais freqüente é o sexo vaginal. Ele “gosta de receber todos os carinhos, porque homem gosta de tudo”, mas “o sexo anal pode ferir excessivamente e tenho medo da camisinha estourar, porque é o mais perigoso”. Ao informar sobre as práticas sexuais do casal, Fernanda também referiu o sexo anal, apesar de serem adeptos desta prática, “só faz quando ele insiste muito, porque não gosta”. Flávio explica que “a carga [viral] está baixa e há pouco risco”. Ele sabe que a possibilidade de risco diminui com a medicação e sempre conversa com sua médica sobre sexo, “por

segurança”. “O casal não pratica sexo oral, pois de acordo com Flávio “ não gostam” e, em sua avaliação, “ também é perigoso”. Fernanda diz que “ele já comentou”, mas ela não tem vontade nem curiosidade de praticar. Ela afirma que sua recusa não está associada ao HIV, embora um dos profissionais de saúde “tenha explicado que tem que tomar cuidado com o sangue, se há qualquer coisa debaixo da língua”.

Para Flávio, a transmissão do HIV à parceira aconteceria “só por irresponsabilidade”, mas como ele “procura ter responsabilidade e usar preservativo”, “tem segurança”. No entanto, Fernanda acha que não adquiriria o HIV do parceiro “porque no início (do relacionamento) passaram três meses sem proteção e ela não pegou”. Hoje, acha que não “pegará” por utilizar preservativos e “tomar cuidado”.

Os preservativos ficam no armário e são empregados em todas as relações sexuais. Flávio é o primeiro a sugerir o uso. Ele precisou de um certo aprendizado até *acostumar-se* com o artefato e associar os sentidos corporais a uma boa “sensação”: “parecia plástico, impedia sentir. Mas agora a sensação é a mesma. Como eu tinha que usar, tinha que criar o costume e fui me adaptando”. Em uma única ocasião o preservativo não foi utilizado. Flávio sempre solicita à parceira: “por mais que eu queira não aceite”.

Becker (1963) demonstra que o novato fumante de maconha precisa aprender a reconhecer os efeitos do “como viajar”, perguntando a outros fumantes o que sentem. Desta forma ele aprende que certas sensações são um sinal de

“viagem”, e o neófito só é capaz de “viajar” após o aprendizado dos sinais. A distinção entre as sensações agradáveis e desagradáveis também é aprendida da mesma forma (Becker, 1963; Boltanski, 1989). À semelhança deste tipo de experiência social, quando os sujeitos vivenciam o que é considerado “onda” ou “barato”, é necessário um processo de aprendizagem para reconhecer a sensação nomeada como “orgasmo”, ou ainda, a nova sensação no decorrer de uma relação sexual, com o uso de preservativo.

Casal 07: Geraldo e Gorete

Ao saber de sua soropositividade, Geraldo lamentou a possibilidade de esposa – “que não merecia” – contrair o vírus. Ele considera que sua vida mudou em vários aspectos. Após atendimento no serviço de saúde, quando recebeu informações de que poderia viver bem, aprendeu a amar-se e a respeitar os outros.⁸⁰ Arrepende-se por “não ter se cuidado”, pois fez sexo desprotegido muitas vezes. Seu relato é marcado por citações religiosas. Após a descoberta da soropositividade, converteu-se à religião evangélica, que adquiriu uma importância em sua vida: é batista praticante e “serve a um Deus vivo”; “se tivesse conhecimento e as palavras de Jesus, hoje não estaria doente”. Sua mulher já praticava esta religião e “sempre foi mulher de fé”, o que influenciou a aceitação da soropositividade de Geraldo: “foi através dela que me conformei”. A esposa representa “tudo em sua vida”: “força, carinho, ânimo”; “é Deus no céu e ela na terra”. Para Gorete, “mesmo com problemas, ele representa muita coisa e não quer que ele morra, embora ele pense isso”.

⁸⁰ Mèndes-Leite e Banens (2006) também apontam para o olhar diferencial sobre os outros, após a descoberta da soropositividade. Esse elemento demanda uma significação e promove reflexões em torno da atividade sexual.

Ambos declararam que ele teve vários casos extraconjugais ao longo do casamento. No entanto, Geraldo diz não possuir relações extraconjugais atualmente: “mudou”. Considera que essa mudança se deve a vários fatores, incluindo o envelhecimento, a falta de recursos para ofertar às mulheres e, sobretudo, devido à conversão religiosa:

“a religião não permite qualquer namoro fora do casamento; é adultério!”;
“eu me reservo, me envergonho e não há condições. Religião, idade, pouco dinheiro”.

Gorete também considera que Geraldo mudou, e seu discurso também faz referência à religião: é tarefa demasiadamente complexa separar esse domínio da esfera e do *ethos* religioso, que exerce declaradamente grande influência no que compete ao exercício da sexualidade do casal. O casal mantém relações sexuais com a frequência de duas a três vezes por semana, sempre com preservativo, desde que aconteceu o “problema”. Ele tem muito medo de transmitir o HIV. As camisinhas são guardadas perto da cama, no armário, para que os filhos não vejam. O “sexo feito é o necessário: só vaginal, papai e mamãe e nada mais”, diz Geraldo. Ela refere que, mesmo quando ele era *bom*, ela “não queria fazer coisas que não se deve fazer, porque a religião não permite”.

Os roteiros sexuais alteraram-se e algumas práticas sexuais, antes adotadas, hoje são interditas: “gostava de ela vir e rolar por cima e de sexo vaginal por trás dela”. Não beijam na boca: “só estalinho, não gosto de beijo meloso”, diz ela, ao se referir à hepatite que ele teve e por temer se infectar. Geraldo

também evita essa prática, porque “dizem por aí que o HIV pode ser transmitido pela saliva”.

Casal 8: Hilda e Hélio

Hilda afirma que houve mudanças na forma de relacionamento sexual após a descoberta da soropositividade. Ficou “mais reservada e com medo, porque não poderia contar esse assunto para qualquer um”. Se antes “saía e transava com quem quisesse” e “nunca usava camisinha”, após a doença “ficou mais responsável”.⁸¹

Quanto às práticas sexuais, “trocamos carícias, namoramos, conversamos bastante, vai acontecendo uma coisa natural. Pode beijar, *como um casal normal*”. Ela ensinou a ele que “beijo na boca não pega, só se tiver machucadinhos, pequenos ferimentos” e ele passou a não temer os beijos. Hilda acha que eles são “abertos”: “entre quatro paredes, ficam à vontade”, embora Hélio diga que “ela tem medo de fazer sexo, e preferiria um parceiro soropositivo, porque seria *natural*”. As práticas sexuais do casal são coito vaginal, anal e sexo oral apenas exercido por ela. Hilda prefere o sexo oral, além dos beijos e carícias nos seios, embora não permita tais práticas, nem com o uso de proteção para não correr risco: “gosto, mas me contento em não ter para não prejudicá-lo”, diz ela. Hélio refere que “não faço nela [sexo oral], porque não pode... mas tem orientação”. No caso de penetração anal sempre usam preservativo, “porque rompem muitos vasos, pode ter sangramento, é ainda mais perigoso. Procuro sempre saber, pergunto aos médicos, me informo”, diz ela.

⁸¹ O tema da responsabilidade também é discutido por Mèndes-Leite e Banens (2006).

As informações médicas são reinterpretadas à luz da experiência cotidiana (Boltanski, 1989; Loyola, 1984), levando Hélio a considerar que “o sexo anal oferece mais risco. A camada se fere mais”. Suas fontes de informação são os profissionais de saúde e a própria parceira: “ela me explica e os médicos também”.

Quando perguntada se poderia transmitir o HIV ao parceiro, Hilda “acha que sim, se continuar do jeito que é.” Depreende-se que o casal não utiliza sempre o preservativo, ainda que ambos enfatizem sua importância na entrevista:

“O uso de preservativo é normal, já me acostumei, é a mesma coisa. Não tenho vontade de fazer sem” (Hilda)

“Não pode ter sexo sem os cuidados necessários... O uso do preservativo é algo que todo mundo deveria se conscientizar, porque há outras doenças e também a gravidez”. (Hélio)

Entretanto, se inicialmente o discurso de ambos reforça o sexo seguro, Hilda afirma gradativamente que o parceiro “força a barra” para não usar a camisinha. Ele conta que algumas vezes aconteceram “acidentes”: “momentos em que *estava fora de mim*, embriagado, tonto, mas consciente”; “então foi sem camisinha, mas não tive medo”.

Hilda afirma que eventualmente o casal faz sexo sem proteção, por iniciativa de Hélio. Ela questiona e não entende porque ele faz isto, sem obter respostas, exceto: “estou consciente”. Ela sente receio de transmitir o HIV a ele. Em certa ocasião, em uma relação anal, a camisinha rompeu. Hilda ficou ansiosa

até o resultado negativo do exame de Hélio, mas ele se manteve tranqüilo, e declara: “medo de ter [AIDS] todos têm. Nunca senti medo de nenhuma situação, ela que fica mais nervosa quando acontece algum acidente”. Esses relatos sinalizam duas questões importantes. Uma diz respeito à divergência sorológica: é freqüente que pessoas soropositivas se sintam responsáveis pela saúde alheia – como disse Hilda: “sim, acho que posso transmitir, não tomo direito meus medicamentos”. O segundo aspecto refere-se ao fato dos homens afirmarem sentir menos medo e receio de infectar-se que as mulheres. A freqüência das relações sexuais, considerada “alta” no “início” da relação, atualmente é de três a quatro vezes por mês. Tiveram sexo um dia antes da entrevista, após dois meses de abstinência sexual. Hilda não referiu ter outros parceiros, enquanto Hélio relatou ter estado com outras mulheres “algumas vezes”.

Casal 9: Inês e Ismael

Inês descobriu sua soropositividade durante o pré-natal, quando não possuía informações sobre AIDS e achou que morreria brevemente. Ficou traumatizada e com receio de fazer sexo: achava que “passaria o vírus ao seu marido”. Ao descobrir, Ismael “ficou um tempo bloqueado”, “triste”, e houve suspensão de trocas sexuais. Afirma “gostar *prá caramba*” de sua parceira e, eventualmente, insiste em manter relações sexuais sem preservativo:

“Eu uso preservativo, mas acho horrível. Às vezes não tem, ela diz que não, mas acontece. Estou consciente do risco, mas é difícil ter relação constante, é difícil”.

Inês receia transmitir o HIV ao parceiro. Para ela, “pessoas soronegativas não sabem o real perigo e sofrimento”. Todavia, Ismael não se preocupa: “Ela se preocupa muito mais que eu. Talvez porque nunca passei pela situação. Não consigo ficar preocupado, mas tenho medo de contrair”. Atualmente, após um período de dois anos de adaptação, fazem uso da camisinha “em 95%” dos intercursos. Já aconteceu pouquíssimas vezes sem usarmos preservativo, com ele insistindo”, diz Inês. Ela pensa muitas vezes no HIV durante a relação sexual, embora não comente este assunto com Ismael. Quando o casal tem relações sem preservativo ele ejacula fora, “para evitar a gravidez”. As “preliminares” mudaram: “preliminares hoje são só toques”, diz ele. Inês declara: “ele tenta, mas não fazemos preliminares porque corremos risco”. Os beijos na boca constituem uma prática regular do casal, e são evitados apenas se ela estiver em tratamento dentário, de acordo com Ismael. Os contatos sexuais são descritos por ela como: carícias nos seios e penetração vaginal – nomeada por ele de “sexo normal”. O sexo oral, antes praticado por ambos, foi suspenso e é evitado. Inês diz não gostar desta prática: “não gosto de chupar nem de ser chupada. Acho nojento. Ele respeita. A gente faz carinho um no outro, ele chupa meu seio, abraça e beija”. O coito anal não é considerado uma prática desejável por ela: “tentei mas não consigo, acho que é psicológico. Não sou liberada. Se eu fizer é só para *agradar*. Antigamente ele *pedia*, hoje não”. A masturbação foi relatada por Inês como prática regular. Até o falecimento do filho – que nasceu soropositivo – o casal mantinha relações sexuais constantes, inclusive no período menstrual, e esta frequência se alterou com o tempo. Atualmente é de uma relação sexual por

semana. Como eles brigam muito, Inês – que se diz “muito envergonhada” – busca fazer as pazes e cabe a ele a iniciativa de transar.

O casal não utilizava preservativo antes do diagnóstico e apresentou algumas dificuldades para introduzi-lo em sua rotina sexual. Eles precisaram aprender a usar o artefato corretamente. Por vezes Ismael pede para ser masturbado, para ejacular sem penetração, pois “parece bala com papel”; “a coisa acontece, mas não é a mesma coisa, sufoca”; “machuca, não consigo ter prazer completo”. Ele já teve problemas com a camisinha, pois não sabia colocá-la, e uma vez ela estourou durante o intercuro. Em uma ocasião Inês engravidou (“mas Deus sabe o que faz”) e ambos se sentiram irresponsáveis. O casal ficou envergonhado ao contar para o médico que não sabia usar preservativo. O filho nasceu soronegativo.

Atualmente Inês está adaptada e prefere o preservativo masculino ao feminino, pois “ele sai e não fixa direito”. O casal utiliza preservativos fornecidos pelo serviço de saúde, pois nem sempre possui recursos financeiros para comprá-los. No ato sexual é Inês quem se lembra da camisinha, quando solicita que Ismael pegue em um pote, na penteadeira.

Casal 10: Janaína e Júlio

A vida de Janaína transformou-se após a descoberta do HIV/AIDS e a de seu jovem marido também. Júlio soube da doença após alguns meses de coabitação. De acordo com ela, “é um mundo novo para ele”. Janaína e Júlio trocam beijos na boca “de novela” e nos contatos sexuais “têm tudo”: “todas as

posições, todas as formas, vaginal, anal, oral.”. Segundo Júlio, o casal “é bem ativo. Rola tudo.”.

Em contraste com os homens dos outros casais entrevistados, não foi difícil para Júlio utilizar o preservativo, porque sempre “foi para a *pista* e já tinha costume de usar”. No entanto, a camisinha é para ser utilizada fora de casa: “é preciso tomar mais cuidado porque às vezes quero usar o preservativo e ele não. Ele acha estranho morar junto e usar preservativo, porque tem a história da confiança.” (Janaína). A utilização de preservativos, a despeito das recomendações médicas, nem sempre é possível, dada a “urgência do tesão”. Júlio conta que eventualmente o casal tem relações sexuais sem preservativo:

“E não era para ser feito ... [Sempre é preciso fazer o teste, porque] dão uma escapada” [saem da norma], embora “saiba que é errado, o certo é usar todos os dias, mas usar sempre dá uma canseira... Aí damos uma escapada, fazemos uma rapidinha”.

Júlio justifica a ausência da camisinha no ato sexual pela idéia de “atração de pele”. Para ele, “o preservativo é uma borracha em cima da pele e para algumas pessoas causa desconcentração e acaba caindo. Mas ele também pode ajudar a segurar, como pode também impedir de sentir o calor”. No depoimento de Júlio, depreende-se que o uso do preservativo é condicionado a algumas estratégias eróticas:

“Coloco o preservativo em algumas posições. Olhar e sentir é bom, senão não rola. A mente é importante, a imaginação do toque. O sangue vai ficando mais quente. A mulher não pode olhar o homem colocando o

preservativo. Andei pensando nisso: tem que colocar sem ela ver. Ela põe na boca, mas prefiro que as mulheres não coloquem”.

Para Janaína, o preservativo é indispensável, embora indesejável. Ela experimentou o preservativo feminino, que conheceu no serviço de saúde, e o considera melhor que o masculino porque “ela mesma pode colocar”. A utilização ou não de preservativos nem sempre é dialogada. Algumas estratégias são acionadas para suprimir o diálogo, como pode ser visto no relato abaixo:

“De vez em quando, ele fala que usa [o preservativo], bota, mas não bota, está escuro. Gostar de usar [o preservativo] ninguém gosta, mas adquiri essa consciência, no susto, no tranco”.

Tal entendimento foi fruto de um processo considerado “de amadurecimento”, já que “no início, achava que quem estivesse comigo, teria que ter o HIV”. No conjunto das práticas que realizam, torna-se inviável o uso do preservativo no sexo oral, segundo o casal.

Janaína afirma que receia transmitir o HIV ao parceiro. No entanto, Júlio “não se preocupa”: ele sentiu medo de contrair o vírus, “quando era leigo”, mas agora não mais:

“Sou uma pessoa ansiosa. O medo seria que o HIV me deixasse *fraco* para fazer as coisas do mundo, perder a força, adoecer, ficar doente, na cama. Se fizer exames, vou descobrir, mas graças a Deus, não vou me matar, destruir minha vida. Não tenho medo não. Sei que tem risco de ter. Não tenho medo mesmo porque convivo com ela e já me acostumei com a idéia. Acho que seria como se tivesse um resfriado, não tenho medo, seria

normal. Sei que para outras pessoas não é normal. O risco é de dar mole de ter relações sem camisinha. Mas o chato é ter relações dia sim, dia não, e botar camisinha. Vem a vontade, vem o tesão, quer fazer, e não pode. É quando acontece sem camisinha. De manhã cedo ou de madrugada. Nas preliminares, e no sexo oral. Plástico. Tenho evitado o sexo oral por conta disso. Mas às vezes acontece de não evitar.”

A camisinha já estourou. Ele descreveu uma situação na qual saíram e beberam muito, “deram uma escorregada e foi sem o preservativo”. Ela telefonou logo para o serviço de saúde e ele fez o exame: “não deu nada”. Como não usam preservativo em todas as relações, “tomam *esporro* dos médicos”. Na ocasião da entrevista Janaína estava grávida de Júlio, de três meses: “a gravidez foi um susto, a camisinha estourou”.

Casal 11: Leonardo e Laura

Este casal, que está junto há dez anos e alterna entre o status de casados e separados, utiliza o termo “esfriar” em referência a uma fase conjugal na qual as práticas sexuais são gradativamente reduzidas, em decorrência do tempo de relacionamento e da soropositividade.

Os contatos sexuais do casal por ocasião da entrevista foram referidos como esporádicos. Ambos os parceiros consideram esta condição como conseqüente a uma suposta intencionalidade do outro. De acordo com Laura, o “cansaço masculino”, provocado em parte pela doença e em parte pelo excesso de trabalho, é responsável pelo esfriamento, enquanto para Leonardo a causalidade seria atribuída à parceira:

“Tá muito pouco. Acontece de mês em mês, de quinze dias em quinze dias. É o dia-a-dia. Ele fica cansado.” (Laura)

“Não tenho mulher. Nos momentos de ficarmos a sós, não ficamos. Não há diálogo, sempre tem atritos, briguinhas, ciúmes e ela me magoa. Daí fico com raiva, durmo no chão. Ela não me compreende. O relacionamento *esfriou*, a coisa tá fria. Os beijos são frios. Até chegar para fazer carinho está difícil. O relacionamento era mais quente e *esfriou* nas idas e vindas. A gente tomava banho, agora, acabou. A parte sexual esfriou”. (Leonardo)

O uso do preservativo no ato sexual evoca a lembrança da soropositividade. Os contatos sexuais restringem-se “agora” à penetração vaginal. O casal não realiza mais sexo oral: “ele não procura e eu não falo nada, tenho um certo medo”, e o ato sexual é mais rápido que anteriormente: “depois da doença ele se reservou mais”.

“Hoje não está muito bem. O fogo diminuiu bastante. Tem que parar e pegar camisinha. Ele fica com vergonha, talvez. Ele sempre lembra da camisinha. Mas nós já usávamos bastante camisinha. Embora tivesse vezes que fizéssemos sem”.

Leonardo acha que Laura receia adquirir o HIV – e “talvez ela tenha esfriado por isso também” – mas o casal não conversa sobre o assunto. Não há comunicação entre os parceiros sobre a relação conjugal e sexual. Laura, no entanto, considera que seu medo a protege, evitando que adquira o HIV. O casal nunca deixou de usar preservativos, que ficam guardados na gaveta, com as calcinhas. Os dois são responsáveis pela lembrança. Em um período anterior, quando aconteciam “brincadeirinhas iniciais”, as camisinhas eram utilizadas.

Casal 12: Maria e Mário

O jovem casal, que descobriu a soropositividade de Maria há menos de um ano, já sentiu medo de beijar na boca, sobretudo “quando ela teve *sapinho*”. “Trocamos beijos de língua” e realizam vários contatos sexuais, como vaginal, oral e raramente anal, pois ela já não gostava muito (“não é por medo”). Ela não é muito adepta da feleção, evitada para impedir a transmissão do HIV. O casal nunca experimentou esta prática de forma “protegida”, com filme ou camisinha, e já fez sexo oral sem proteção. Para Mário, a frequência sexual de três vezes por semana é considerada baixa, e é justificada pela necessidade de cuidar e de se dedicar aos filhos pequenos. A opinião de Maria e Mário é a mesma sobre este tema: “bom é todo dia, mas com neném novo não dá”. Maria receia transmitir HIV ao parceiro, e por isso usa sempre camisinha. Ainda assim, Mário diz que “está preparado” e considera que “não há prevenção 100% segura”. Caso ocorra a soroconversão não se “chocará” porque “já convive com o problema”.

A introdução do preservativo na vida sexual do casal – que anteriormente só utilizava para a contracepção (para “evitar neném”), deve-se à prevenção do vírus. Para Maria seu uso passou a ser considerado “normal”: “agora já acostumei”; “usamos em todas as relações”. Para Mário a inovação é mais penosa, pois não combina com os horários ou com uma maneira inusitada ou intempestiva de manter intercursos sexuais. Assim, ele acha que a camisinha “esfria” o ato:

“Foi difícil passar a usar”; “quebrou a rotina, pois a gente fazia muito sexo. Tínhamos costume de fazer dormindo, procurar, e agora não tem o mesmo

furor. É um pouco incômodo, mas totalmente necessário. Esfria a relação sexual, interfere no desenvolvimento [da relação], no movimento e no contato com a pele”.

Casal 13: Nelson e Nadir

Nelson modificou sua vida ao tomar conhecimento da soropositividade e, em consequência, houve também alterações no comportamento sexual de sua parceira. Já sabendo da notícia, Nelson passou a reivindicar o preservativo, sob os olhares desconfiados da parceira. Ele passou a evitá-la sexualmente e esperou uma semana para contar. Consentia uma separação, caso ela desejasse. Nelson temia que Nadir estivesse contaminada.

O casal não segue estritamente os preceitos monogâmicos, embora se trate de um acordo implícito do casal. Nelson espera que Nadir se previna, caso mantenha relações sexuais com outros homens. O casal decidiu morar separadamente quando houve a descoberta da soropositividade de Nelson. Ele quis morar sozinho, e acha que vivem bem, mas não juntos:

“Do jeito que está, está bom. Nos vemos uma vez por outra, pego o filho, saímos, passeamos. Para morar junto não dá. Algumas vezes precisei dela e não tive, a separação foi por conta disso”.

Ele quis se separar logo ao descobrir que estava infectado, mas ela não aceitou. Nadir afirma que o motivo da desagregação da unidade doméstica não estava relacionado diretamente à nova condição de saúde do marido, mas à dificuldade de convivência mútua e à rotina na relação. Falam-se diariamente e ainda se consideram um “casal”, embora ele a tenha como

“namorada” e ela como “marido”. O termômetro que indica a qualidade da relação é a concessão à companhia do filho: “Quando tem problema, ela encenra para eu pegar meu filho”.

Nelson diz que *agora* “só pensa em trabalho”, “não tem mais pique”, “não está mais normal”. Acha que perdeu a liberdade sexual que tinha antes com a parceira, devido à imposição do uso do preservativo – sempre utilizado pelo casal nas relações sexuais. Considera que as pessoas podem “namorar mais” quando não precisam usar o preservativo, “que atrapalha muito”. Nadir diz que, de sua parte, houve um “bloqueio” na interação sexual, pois receia ser infectada: “Mudou tudo”, “a intimidade é a primeira coisa que se altera”. A soropositividade de Nelson interferiu nos contatos corporais e ela teve várias dúvidas, como: “pega no beijo?”. Nadir referiu que sentiu “medo do outro: do sangue, do suor, da saliva, da lágrima”. Perdeu a vontade de se relacionar sexualmente e, somente após receber orientações médicas, “as coisas foram voltando ao normal, aos poucos”. A camisinha é colocada “só no ato”, no momento da penetração e isto provoca dúvidas e receio em relação a outras práticas: “o líquido da vagina ou do pênis pode conter o vírus?”. O medo da camisinha estourar está sempre presente. Nelson sabe que Nadir fica preocupada com um possível rompimento do preservativo: “Quando acaba a relação, ela observa, vê se o preservativo estourou”, mas esse código é bem entendido, já que “se não tivesse [o vírus] e ela sim, também teria receio”. Desde que ambos souberam da soropositividade, o casal nunca deixou de usar proteção. Na maioria das vezes o preservativo é o masculino, mas

eventualmente utilizam a camisinha feminina, percebido por Nadir como “mais flexível” e “invisível”.

O casal “namora em qualquer lugar e em qualquer posição”, e “nunca foi um casal restrito no quarto”, de acordo com Nadir. Eles continuam a manter relações sexuais, embora ambos indiquem modificações em relação ao período anterior à soropositividade. Para Nadir, “o sexo mudou, mas não ficou ruim”. Os contatos sexuais restringem-se ao intercuro vaginal. O sexo oral é citado como prática interdita, além do período menstrual, considerado “de muita exposição”. Nelson mantém sexo “normal” com outras mulheres, o que compreende a penetração vaginal, anal e o sexo oral. Sobre este último, Nadir considera que:

“Fazer sexo oral com camisinha é estranho, esquisito, ruim. O sexo com camisinha é diferente, mas é adaptável. Mas no sexo oral é diferente, o paladar, o ato em si, o toque, não sei explicar.” (Nadir, soronegativa)

A frequência das relações sexuais diminuiu, em parte porque outras áreas da vida cobram mais seu tempo, segundo Nadir. De acordo com Nelson, os intercursos sexuais são semanais, enquanto para ela transam aos finais de semana, ou “pelo menos uma vez por mês, senão ela explode”, pois não tem outros parceiros sexuais. Eles se consideram “um casal moderno, porque não aceita morar na mesma casa que ele, e não se sente separada porque não tem outros namorados: “tenho oportunidade” – de ter outros parceiros sexuais – “mas amo meu marido”. Nelson mantém relações sexuais com outras mulheres quase diariamente – “duas parceiras, nada sério”. Ele utiliza

preservativos em todas as relações sexuais, embora não conte às outras parceiras que é soropositivo: “Depois que descobri, nunca mais tive relações sem preservativo, porque não quero que ninguém passe pelo que passei”. No entanto, Nelson tem dúvidas sobre as formas reais de transmissão:

“No serviço de saúde me disseram que uma babada do pênis pode conter o vírus. Mas tenho um amigo médico, também muito namorador, que fala que vaginal não pega, pega mais pelo anal, se arrebentar vaso sanguíneo”.

Na avaliação dos dois o preservativo – embora atrapalhe (segundo Nelson) ou modifique o ato (segundo Nadir) – é entendido pelo casal como absolutamente necessário, para evitar a transmissão. “Tenho um casal de amigos sorodiscordantes que não usa preservativo, mas acho errado”, diz Nelson. Desde que recebeu a notícia, Nadir realizou quatro testes num período de três anos.

Roteiros sexuais de sorodiscordantes

“A medicalização da sexualidade caminha lado a lado com o surgimento de uma visão funcional da atividade sexual. São feitas descrições fisiológicas ou psicológicas que definem normas técnicas de bom funcionamento sexual, fundamentando propostas de intervenções psicomédicas. Mas a influência das representações médicas do desejo, do prazer e da sexualidade responsável vai muito mais além daquele que recorrem aos tratamentos. Ela renova os cenários culturais da sexualidade, na medida em que cria, entre os indivíduos, a capacidade de avaliar seus próprios gestos sexuais e

se preocupar com funcionamentos não-convencionais, de modo aparentemente técnico” (Bozon, 2004: 134).

Com a soropositividade de um dos parceiros é possível observar mudanças na vida sexual dos casais entrevistados. Estas variações demonstram que a sexualidade não se restringe à relação sexual, constituindo um vasto panorama no qual fantasias e representações estão em jogo (Foucault, 1993). O ato sexual, longe de ser uma relação mecânica impulsionada por instintos biológicos, é uma construção social (Russo, 1998). De acordo com as trajetórias dos entrevistados – a um só tempo singulares e coletivas – adquire matizes diferentes, segundo as concepções de desejo sexual, os interditos sexuais, nojo, cuidado e perigo (Elias, 1994, Douglas, 1976). Assim, as alterações observadas e aqui registradas não constituem “regra” obrigatória na biografia de pessoas acometidas pela soropositividade. São, antes, uma síntese produzida a partir de relatos, algumas vezes espontâneos, outras, metódica e insistentemente perguntados, acerca de uma esfera considerada muito íntima pelos entrevistados, delicada de ser abordada no âmbito de um quadro referencial de doença de um dos membros da díade.

As mudanças nos roteiros sexuais se inserem em um quadro mais amplo da reorganização biográfica e se referem não apenas à organização da vida sexual do sujeito soropositivo, como também do parceiro negativo. As mudanças são distintas de acordo com a posição que o sujeito ocupa na relação: soropositivo, soronegativo, homem, mulher. O status sorológico e a condição de gênero dialogam ainda com um quadro maior de referência, que

situa os sujeitos em termos de pertencimento social, estilo de vida e capital simbólico.

A gestão dos riscos de um casal sorodiscordante deve passar inicialmente pela relativização do conceito de risco. O casal sorodiscordante reúne dois sujeitos transgressores da ordem social. De um – o soropositivo – espera-se que não exerça atividade sexual para evitar a propagação da epidemia de AIDS. A forte coerção das estruturas sociais no que tange à manutenção de normas higienistas, separando indivíduos saudáveis e sadios de outros, doentes e perigosos (Carrara, 1996), é expressa em discursos médicos, que sugerem enfaticamente a pessoas soronegativas não engajar-se em relacionamentos sexuais com parceiros soropositivos para o HIV/AIDS. Se, ainda assim, o vínculo se estabelece, espera-se que o soropositivo se responsabilize pela sua própria saúde e pela preservação do status sorológico negativo de seu parceiro (Delor, 1999). A internalização dessas normas desdobra-se nas representações elaboradas pelos sujeitos, de acordo com o universo moral no qual estão inseridos.

O impacto da AIDS é um tema difícil de ser abordado pois qualquer consideração sobre o outro e sobre seu próprio relacionamento pode parecer discriminação ou diminuição do parceiro. Algumas entrevistas com soronegativos foram particularmente expressivas acerca de assuntos que não podem ser ditos no âmbito conjugal. Embora este dado não possa ser generalizado, houve referência recorrente à suspensão dos contatos corporais e à limitação das interações sexuais após a notícia:

“Minha companheira foi colher novamente, eu acompanhei, e ela bem preocupada. Passando uns dias fui pegar o resultado com ela, e o resultado confirmou. Fiquei apavorado, e imaginei que eu também estava com os dias contados. Do tempo que estávamos juntos se utilizou (o preservativo) uma ou duas vezes. E agora? E eu? Porque é aquela história, você vira egoísta e fala: - e eu? Mas não que eu tivesse largado ela, de jeito nenhum”.

A revelação da soropositividade aciona elementos de tensão anteriormente existentes. Nessa ocasião está em jogo a continuidade ou a ruptura da unidade casal já estabelecida. Entendida e sentida como ausência de fronteiras da intimidade (do corpo e da alma), a aliança é ameaçada pelo indivíduo que passa a ser diferente, apartando-se da unidade a dois (Salem, 2006) na qual estava alicerçado. Esse dilema, entretanto, não chega a se configurar explicitamente quando não verbalizado para o/a parceiro/a, com quem pouco antes, ao menos em tese, compartilhava tudo. Ainda assim, a preocupação consigo mesmo pode não ser legítima para quem “é casal”. É preciso afiançar que o cuidado consigo não exclua a preocupação com o *outro*, que toma vulto e fica cada vez mais visível com a irrupção da AIDS no casal.

Após a descoberta da soropositividade há um período de suspensão de beijos, carícias, contatos íntimos e atividade sexual. Os parceiros podem passar por uma fase de distanciamento, logo que o evento da sorodiscordância efetiva se instala (Delor, 1999). O processo de adaptação técnica ao risco da doença contém emoções, dúvidas e resistências. Parte dos entrevistados refere medo de contaminação. Um receio, entretanto, velado, pois revelá-lo seria explicitar a diferença sorológica, minimizada ou supostamente esquecida no cotidiano,

quando não se fala em AIDS. Trata-se, portanto, de uma estratégia de neutralizar a presença da doença.

O diálogo entre Roberto Da Matta (1978) e o pensamento de Van Gennep sobre os ritos de passagem é de utilidade sobre este tema. Os rituais contribuem para entender diversos aspectos da vida social, por focalizar os fenômenos de transformação e a passagem do gesto rotineiro ao gesto ritual, quando o sistema social passa por um “período especial, invertendo, neutralizando ou reforçando a realidade cotidiana” (Da Matta, 1978:12; Segalen, 2002).

Os períodos “marginais” de pessoas e grupos, constitutivos dos rituais (diários – como o casamento, a gravidez, as relações sexuais), investem na liminaridade, em uma espécie de seqüência que comporta movimentos, combinando fases sucessivas.

A leitura de Gennep por DaMatta é inspiradora para compreender que os fatos sociais são constituídos de passagens e deslocamentos: as fases da vida social são substituídas por outras, em um movimento de alternância, permitindo que, em certo período de tempo, o mundo social retome seu curso rotineiro. É dessa maneira que o mundo social dos entrevistados vai, aos poucos, retomando o que é considerado como a normalidade.

O dado mais controverso – uso ou não do preservativo – está relacionado a esse debate e só se torna uma questão pelo valor conferido pela Saúde Pública, que opõe os estados “normal” e “patológico” (Canguilhem, 1978).

A noção de risco é popularmente associada à noção de perigo. Segundo o dicionário Aurélio, o substantivo risco e o adjetivo arriscado significam perigo ou possibilidade de perigo, no qual o sujeito se aventura a um bom ou mau sucesso.⁸² Vários entrevistados não se consideram, ou a seus parceiros, “perigosos”.⁸³ Para Debora Lutpon (1995), o discurso sobre o risco tende a considerar esta condição uma experiência universal, de modo a ignorar as diferenças sociais, como gênero, raça e pertencimento social. A recusa de um aviso da Saúde Pública nem sempre pode ser atribuída à falta de entendimento, pois também pode significar uma preferência. Lupton examina a recusa de pais à imunização de seus filhos com vacinas. Para a Saúde Pública, esses pais são negligentes, ignorantes ou desconhecem os riscos dos filhos contraírem certas doenças. Entretanto, quando entrevistados, esses pais expressaram razões “racionais”, baseadas em um cálculo de riscos e benefícios. Os motivos para não vacinar seus filhos não se baseiam em ignorância, mas em seus próprios julgamentos sobre riscos (Lupton, 1995: 87).

⁸² Segundo o Aurélio, risco é: “1. O perigo ou possibilidade de perigo; 2. Situação em que há probabilidades mais ou menos previsíveis de perda ou ganho, p.ex, num jogo de azar, ou numa decisão de investimento; 3. Em contratos de seguros, evento que acarreta o pagamento de indenização; 4. *Jur.* Possibilidade de perda ou de responsabilidade pelo dano”. O verbo arriscar significa: “1. Pôr em risco ou perigo; expor; 2. Sujeitar à sorte, aventurar; 3. Expor-se a risco, a bom ou mau sucesso; aventurar-se, arriscar-se; 4. Arriscar; 5. Aventurar-se; abalancar-se; atirar-se; expor-se”. (Ferreira, 1999: 201). Arriscado significa: “1. Que apresenta risco ou perigo; perigoso; 2. Que se expõe a risco ou perigo; ousado, atrevido, intrépido” (Ferreira, 1999: 1772).

⁸³ O uso do termo perigosos evidencia o estigma em torno da pessoa soropositiva. Ver “*Os Perigosos: autobiografias & AIDS*”, tese de doutorado de Bessa (2002), na qual são analisadas publicações literárias produzidas por diferentes autores, acerca da experiência de viver com AIDS.

Se as pessoas escolhem ignorar as advertências da Saúde Pública, assumem socialmente a responsabilidade sobre si e sobre outros. Sob essa ótica, um fumante público e um portador de doença infecciosa poderiam ser semelhantes. Suas ações estão diretamente associadas à saúde do outro. Assim, qualquer problema com um outro poderá ser considerado pela Saúde Pública como falta de responsabilidade. Espera-se um auto-sacrifício, em prol da saúde dos outros: sociedade, filhos ou possíveis parceiros (Lupton, 1995). Bajos (1998:35-36) argumenta que a noção de risco varia e pode ter significados contrastantes, de acordo com os distintos contextos:

“Uma primeira definição pode ser necessária. O risco é uma propriedade que concerne à passagem de uma situação à outra, a passagem de um presente a um futuro. É uma propriedade que a cultura erudita ou popular, os grupos, os indivíduos, atribuem às situações que podem ter conseqüências negativas. Sobre essa passagem, se tem às vezes certezas e incertezas: se está certo que uma situação pode evoluir para aquela ou outra situação, mas não se está certo de qual surgirá. Expor-se a um risco é se encontrar numa situação que conduz de maneira incerta a certas situações contrastantes: se está certo que uma moeda lançada ao ar vai cair às vezes cara, às vezes coroa, excepcionalmente de lado; mas não se sabe se será cara ou coroa. Em certos domínios, o conhecimento sobre um risco de saúde pode ser sobretudo adquirido por experiências individuais (em quais circunstâncias me ocorre mais freqüentemente pegar um resfriado). Em outros, o conhecimento é sobretudo social, coletivo, se os eventos relacionados são raros, ou se a certeza de uma ligação possível (mas incerta) entre as situações é difícil de estabelecer. O risco de transmissão sexual do HIV pertence tipicamente a essa segunda categoria. Trata-se de um conhecimento social, mais precisamente interno à cultura científica: é necessário um teste biológico para revelar a um portador “são” que ele é soropositivo (conhecer uma situação adquirida), são necessárias medidas estatísticas e/ou experiências científicas para conhecer os riscos de transmissão do HIV no momento de um encontro

sexual (conhecer as possibilidades de passagem entre as situações)”
(Bajos, 1999:35-35).⁸⁴

Um aspecto importante nesta discussão é como a doença do parceiro é percebida pelo sujeito soronegativo. Com a convivência cotidiana, muitas pessoas que se declaram desconhecedoras da AIDS até um contato mais próximo com a doença, passam a vê-la “com outros olhos”, considerando-a um “mal menor”, passível de ser administrado. Uma variedade de significados é atribuída ao risco, relacionada a outros condicionantes subjetivos e estruturais. Como as distintas informações acerca do risco se combinam? (Bajos, 1999:36). A trajetória de vida de homens e mulheres – marcada por doenças, tragédias pessoais ou na família, mortes ou ainda dificuldades de sobrevivência, entre outras possibilidades – pode conduzir à avaliação do HIV como “fichinha” ou “detalhe”. Lupton (1995) indica que tais casos podem ser arbitrários, mas eles evidenciam significados ricos, muitas vezes não considerados pela Saúde Pública.

⁸⁴ Texto original: “Une première définition peut être nécessaire. Le risque est une propriété qui concerne le passage d’une situation à un autre, le passage d’une present à un future. C’est une propriété que la culture savante ou populaire, les groupes, les individus, attribuent à des situations qui peuvent avoir des conséquences négatives. A propos de ce passage, on a à la fois des certitudes et de incertitudes: on est certain qu’une situation peut évoluer vers telle ou telle autre situation, mais on n’est pas certain de celle qui surviendra. S’exposer à un risque, c’est trouver dans une situation qui conduit de manière incertaine vers certaines situations contrastées: on est certain qu’une pièce de monnaie lancée en l’air va tomber soit sur pile soit sur face, exceptionnellement sur la tranche; mais on ne sait si ce sera pile ou face. Dans certains domaines, une connaissance sur un risque de santé peut être surtout acquise par des expériences individuelles (dans quelles circonstances il m’arrive plus souvent d’attraper un rhume). Dans d’autres elle est surtout sociale, collective, si les événements concernés sont rares, ou si la certitude d’une liaison possible (mais incertaine) entre les situations est difficile à établir. Le risque de transmission sexuelle du VIH appartient typiquement à cette seconde catégorie. Il s’agit d’une connaissance sociale, plus précisément interne à La culture scientifique: Il faut un test biologique pour reveler à un porteur ‘sain’ qu’il est séropositif (connaître une situation acquise), il faut des mesures statistiques et-ou des expériences scientifiques pour connaître les risques de transmission du VIH lors d’une rencontre sexuelle (connaître les probabilités de passage entre situations) (Bajos, 1999:35-35).

Se, em alguns casos, em um relacionamento, a transmissão do HIV é consentida pelos entrevistados, em outros chega até mesmo a ser desejada por eles (“a gente começa a se gostar tanto que um não liga se o outro tiver”). Esta concepção estaria associada a um ideal de compartilhamento, proporcionado pela esfera conjugal, no qual haveria uma idealização do parceiro e talvez da própria doença.

As entrevistas evidenciam diferenças relativas ao gênero no que concerne à ameaça da transmissão. Os sentimentos descritos como “medo”, “receio” e “responsabilidade”, seja em relação à transmissão para o parceiro soronegativo, seja quanto à possibilidade de adquirir o vírus, são mais mencionados pelas mulheres entrevistadas, à exceção de Bianca, que declarou nada temer. Entre os casais formados por homens soropositivos com mulheres soronegativas, dois não utilizam preservativo nas relações sexuais. Em um dos casos a mulher teme ser infectada e por vezes tenta “negociar” o uso da camisinha para sexo vaginal. No outro caso a iniciativa de dispensar a proteção parte da mulher. Já nos casais formados por mulheres soropositivas com homens soronegativos, eles se mostram menos temerosos que elas, pois consideram haver uma menor probabilidade de transmissão. Em quatro casais – entre sete – não há uso regular de preservativos, sendo que neste grupo a iniciativa de dispensar a proteção parte do homem. No contexto da sexualidade jovem, Leal (2005) notou que “a relação da conjugalidade está marcada, especialmente sob a ótica masculina, pela idéia de *limpeza*: a esposa é – e deve ser sempre – *limpa*” (Leal 2005:68). A autora observa que essa limpeza refere-se a uma pureza moral. Esse dado pode ser articulado ao

pensamento de Douglas (1976). A autora propõe que a sujeira deve ser relativizada:

“Não há sujeira absoluta: ela existe aos olhos de quem a vê. Nossas idéias sobre doença explicam a gama de nosso comportamento no limiar ou evitar a sujeira. A sujeira ofende a ordem” (Douglas, 1976:12).

Dessa forma, as crenças sobre sujeira e limpeza estão correlacionadas à ordem social mais ampla de uma determinada sociedade e, por assim dizer, os contatos tidos como perigosos não escapam de uma sofisticada elaboração simbólica. As crenças amparadas no perigo do sexo alheio através do contato com os fluidos sexuais podem traduzir símbolos da relação entre partes da sociedade, reflexos de simetria ou hierarquia que se aplicam ao sistema social mais amplo (Douglas, 1976:14).

Quadro 3. Uso de preservativo no intercursos vaginal segundo a formação do par

Homem HIV+ e mulher HIV-		Mulher HIV+ e homem HIV-	
Alberto e Ana	sem preservativo	Daniela e Diogo	com preservativo
Bruno e Bianca	sem preservativo	Carolina e Carlos	sem preservativo
Flávio e Fernanda	com preservativo	Hilda e Hélio	sem preservativo
Geraldo e Gorete	com preservativo	Inês e Ismael	sem preservativo
Leonardo e Laura	com preservativo	Janaína e Júlio	sem preservativo
Nelson e Nadir	com preservativo	Eva e Ernesto	com preservativo
		Maria e Mário	com preservativo

Ao fim da relação sexual algumas mulheres observam o preservativo para certificar-se de sua integridade, o que indica que o medo da transmissão está presente no ato. Assim, o exercício sexual passa a ser controlado, o que foi referido apenas por algumas mulheres.

Em alguns casais a suspensão do uso do preservativo é sugerida pelo homem, a partir do desejo de “sentir a carne e a pele” da parceira. Embora com medo da soropositividade, esta prática é aceita, em nome do relacionamento que subsume o indivíduo à lógica do casal (“o importante é nós dois”). Este jogo

complexo se dá geralmente de forma inconsciente.⁸⁵ Bajos e Marquet (2000) demonstraram que o comportamento sexual e a conduta preventiva de homens e mulheres estão vinculados à posição da mulher em um dado contexto. Segundo estes autores, as relações de poder que se desenvolvem na interação entre o casal são fortemente conectadas às relações de gênero vigentes em uma dada cultura.

Em um contexto conjugal estável o sexo é previsível, controlado e ocorre de modo mais ou menos regular/recorrente. Os parceiros consideram que a relação sexual seria um evento absolutamente natural. Porém, dentro dessa previsibilidade, o ato sexual pode ocorrer em distintas situações, consideradas mais inusitadas, como de madrugada, ao acordar ou no banho), dando a impressão e fazendo os membros da díade acreditar que se trata de um evento absolutamente natural. Utilizar o preservativo significa desconstruir um contexto de obrigatoriedade de confiança no parceiro, dada a combinação de exclusividade, e romper com a imagem de naturalidade ou de espontaneidade do ato, indicando uma aparente perda do caráter “instintivo”, vinculado à cena sexual.

O ato sexual passa a ser realizado mais rapidamente, de acordo com a avaliação de alguns entrevistados. Algumas mulheres soronegativas mencionaram a perda de lubrificação quando o homem demora a alcançar o orgasmo, sugerindo uma certa apreensão no contato sexual. A abolição de “preliminares” também foi referida, tendo em vista que estas práticas seriam

⁸⁵ Não há intenção de responsabilizar “bons” e “maus” sujeitos, mas sim destacar as sutilezas presentes no processo de construção social de homens e mulheres.

consideradas por alguns casais como “arriscadas”. Apesar do termo “preliminares” ser utilizado no senso comum, não possui o mesmo significado nem abrange as mesmas práticas sexuais para todos os casais. Pode representar, por exemplo, o contato entre os genitais – situação mais citada pelos homens – ou entre genitálias e outras partes do corpo, troca de beijos, mordidas e contato com certos locais do corpo, como boca, pescoço, orelha, nuca, pés (relatos majoritariamente femininos). Nesta parte da entrevista, as mulheres mencionam a expressão de carinho e afeto junto às práticas que levam à penetração, o que não é freqüente entre os depoimentos masculinos.

Os contatos sexuais citados pelos casais podem ser resumidos em quatro tipos de interação: beijo na boca, penetração vaginal, coito anal e sexo oral. Muitos casais reorganizam as práticas sexuais após a soroconversão. Alguns aderem – em graus diferentes – à medicalização da sexualidade, proposta pela Saúde Pública, por meio de consultas médicas e psicológicas. Estes casais organizam uma hierarquia cotidiana dos riscos sexuais.⁸⁶ Contudo, a predileção sexual também passa pelo crivo de gênero. Confunde-se, assim, a decisão de abolir determinada prática pela exposição ao risco ou por não ser muito apreciada. Este é o caso, por exemplo, do sexo anal, desejado por muitos homens e pouco apreciada pelas mulheres e, em comparação com as demais práticas mencionadas pelos casais, parece ser a menos praticada. Algumas mulheres dizem “não gostar”, outras se acham “pouco liberadas”, e há aquelas que

⁸⁶ Agradeço a Jorge Beloqui, conselheiro da ABIA que chamou a atenção para a “redução de danos” entre os casais. Segundo o Programa Nacional de DST e Aids: “A redução de danos é uma estratégia da saúde pública que visa reduzir os danos à saúde em consequência de práticas de risco. No caso específico do Usuário de Drogas Injetáveis (UDI), objetiva reduzir os danos daqueles usuários que não podem, não querem ou não conseguem parar de usar drogas injetáveis, e, portanto, compartilham a seringa e se expõem à infecção pelo HIV, hepatites e outras doenças de transmissão parenteral (www.aids.gov.br, acessado em março de 2007).

referem fazê-lo, dada a “insistência masculina” ou “apenas para agradar ao homem”.⁸⁷ Além disso, segundo os entrevistados, no serviço de saúde é explicado que o coito anal é uma prática altamente arriscada, devido às numerosas terminações nervosas presentes nesta região. No entanto, alguns casais seguem mantendo essa prática.⁸⁸ Note-se que entre os quatro casais praticantes, apenas um é conformado por homem soropositivo e mulher negativa, que sugere que o sexo anal é ainda mais temido quando o homem é o parceiro positivo do par.

O sexo oral também é citado pela maioria dos casais como prática perigosa, apesar da informação veiculada pelos serviços de saúde acerca do menor risco de transmissão. É evitada pela maioria dos casais. No entanto, não significa que os entrevistados não o apreciem. Eles o rejeitam pela possibilidade de transmissão do vírus. O contato da boca com os órgãos genitais “impuros” parece ser mais arriscado do que a aproximação entre genitais femininos e masculinos. Nesse sentido, ao invés de se constituir como uma prática recíproca e simétrica (Bozon, 1999:25) para os casais sorodiscordantes, é mais comumente realizada pelos parceiros positivos em direção aos negativos e, eventualmente, recebida pelas pessoas soropositivas. As estratégias de proteção transmitidas pelos profissionais de saúde – camisinha ou PVC – são adotadas apenas por um casal, no qual a mulher é soropositiva. Nos demais casais formados por mulheres positivas, duas relataram não permitir que o parceiro faça sexo oral para protegê-lo ,

⁸⁷ Consultar, a esse respeito, Leal (2005).

⁸⁸ Heilborn e Cabral mencionam que o sexo anal é uma prática associada ao imaginário masculino (Heilborn e Cabral, 2006: 243). Leal demonstra que, no contexto da sexualidade juvenil, o sexo anal é mencionado por homens ou descrito pelas mulheres como uma solicitação masculina (Leal, 2006: 77).

ainda que façam sexo vaginal sem preservativo. Dois outros casais tentam evitar, mas cedem e, eventualmente, realizam este ato sem proteção; um não faz porque a mulher alega nojo. Nos casais compostos por homens soropositivos foram poucas as referências sobre sexo oral feito pelas mulheres, que referem não gostar da prática, temer realizá-la sem barreira e ser desagradável o “sexo oral protegido”. O uso de proteção plástica é estranhado pelos parceiros, que rejeitam o sabor e a textura do material, em detrimento do paladar e do contato dos órgãos genitais, ou ainda acham “engraçado” revestir estas partes do corpo, sobretudo os órgãos sexuais femininos.

A penetração vaginal é prática comum a todos os casais, mais freqüentemente realizada e significa “relação sexual”. Utilizando a representação sobre modelos sexuais fornecida por dois homens, pode-se sugerir que, para alguns casais, o “sexo normal completo” é o que compreende as práticas vaginal, oral e anal. Ele pode ser substituído pelo “sexo necessário”⁸⁹ – somente a prática vaginal – e muitas vezes é reduzido a um número restrito de posições, sendo a mais tradicional “papai e mamãe”.⁹⁰

Alguns casais formados por homens soropositivos que não aderem ao uso do preservativo praticam o “coito interrompido” como forma de minimizar a possibilidade de transmissão do HIV à parceira e, como descrito em um caso, para tornar possível a visualização e o contato corporal direto com o esperma.

⁸⁹ Em Heilborn e Cabral (2006) há uma referência sobre o “sexo como necessidade física” que pode ser análoga a essa concepção.

⁹⁰ No contexto da sexualidade entre jovens, Leal (2006) afirma que os entrevistados atribuem ao coito com penetração vaginal o estatuto de *sexo normal/básico* (Leal, 2006:63)

Em outros casos, nos quais a mulher é soropositiva, a masturbação masculina foi referida como meio de alcançar o orgasmo sem preservativo.

O beijo na boca constitui um tema que, por vezes, provoca confusão entre os casais, pois esta prática pode ser considerada arriscada, em consequência da mensagem veiculada pela Saúde Pública. A informação “beijos não transmitem o HIV” não abrange todas as formas de beijar. O comunicado de que “as substâncias encontradas na saliva são capazes de neutralizar o HIV”⁹¹ contrasta com outras informações recebidas nos serviços de saúde. Segundo os entrevistados, é dito que é preciso tomar cuidado com sangramentos na gengiva, machucados e ferimentos na boca. No cotidiano muitos casais consideram que os beijos muito longos e demorados, com troca abundante de saliva, não devem ser trocados.⁹² O quadro contém as formas de transmissão do HIV defendidas pela Saúde Pública oficial:

⁹¹ “Segundo estudos, não há evidências de transmissão do HIV pelo beijo. Para que houvesse possibilidade de transmissão, seria necessário que houvesse uma lesão grave de gengiva e sangramento na boca. O HIV pode ser encontrado na saliva, porém as substâncias encontradas na saliva são capazes de neutralizá-lo. Práticas como beijar na boca, fumar o mesmo cigarro, tomar água no mesmo copo, não oferecem riscos” (www.aids.gov.br, acessado em abril de 2007).

⁹² Sobre a representação que têm os beijos na relação estabelecida entre o sagrado e o profano, consultar Douglas (1976).

Quadro 4. Formas de transmissão do HIV

ASSIM PEGA	ASSIM NÃO PEGA
<ul style="list-style-type: none">▪ Sexo vaginal sem camisinha▪ Sexo anal sem camisinha▪ Sexo oral sem camisinha▪ Uso da mesma seringa ou▪ Agulha por mais de uma pessoa▪ Transfusão de sangue contaminado▪ Mãe infectada pode passar o▪ HIV para o filho durante a▪ Gravidez, o parto e a amamentação▪ Instrumentos que furam ou cortam, não esterilizados	<ul style="list-style-type: none">▪ Sexo, desde que se use corretamente a camisinha▪ Masturbação a dois▪ Beijo no rosto ou na boca▪ Suor e lágrima▪ Picada de inseto▪ Aperto de mão ou abraço▪ Talheres / copos▪ Assento de ônibus▪ Piscina, banheiros, pelo ar▪ Doação de sangue▪ Sabonete / toalha / lençóis

Fonte: Programa Nacional de DST-Aids (2007)

A literatura biomédica considera que:

”as mulheres são mais vulneráveis à infecção pelo HIV do ponto de vista biológico. A superfície da mucosa vaginal exposta ao sêmen é relativamente extensa, e o sêmen tem uma concentração de HIV (livre e no interior de células) significativamente maior do que o líquido vaginal. Além disso, há uma maior direcionalidade do sêmen – que é ejaculado, ou seja, eliminado sob a forma de jato – frente ao líquido vaginal, que se difunde por espalhamento” (Bastos, 2001: 11)

A maior parte dos homens acha que suas mulheres não transmitirão o HIV, apesar das informações fornecidas pelo serviço de saúde e, numa *redução*

analógica (Boltanski, 1989),⁹³ afirmam taxativamente que “homem não pega de mulher”. Paradoxalmente, essa crença relaciona-se, por um lado, com a avaliação que os homens fazem sobre si mesmos e sobre seus corpos. Eles se consideram fortalezas, diante da fragilidade dos corpos femininos. Por outro lado, reiteram sua atitude de recusa à prevenção com informações científicas, traduzidas e reinterpretadas à luz da experiência cotidiana.

Dois homens se destacam no conjunto dos entrevistados: Diogo e Ernesto. Os dois não se enquadram às estruturas hegemônicas de masculinidade. O primeiro pertence às camadas médias, contexto em que se verifica uma intensa medicalização e há uma tendência a um padrão igualitário entre os gêneros. Ele se protege e deseja manter sua condição soronegativa devido ao valor conferido à própria vida. Este dado pode ser compreendido sob a perspectiva da análise de Boltanski (1989:121-130; 145), que considera haver uma distinção entre as classes sociais no que tange ao valor dos próprios corpos e da aparência. Há uma tendência a valorizar as sensações físicas de acordo com o pertencimento social. O autor também defende que a frequência e a necessidade de atendimento médico variam segundo as categorias sócio-profissionais. Ernesto pertence a camadas populares e diz-se “um cara muito família”. Seu cuidado deve-se à responsabilidade de criar a prole. Nestes dois casos a valorização da vida está em jogo, ainda que com formas distintas de construção de pessoa.

⁹³ A redução analógica permite a passagem das categorias científicas às populares, muitas vezes se dá pela sinonímia ou homonímia dos termos desconhecidos com outros conhecidos, para reatribuir de sentidos o discurso médico (Boltanski, 1989: 76-77).

O armazenamento dos preservativos costuma ser tarefa feminina. Via de regra, são guardados longe dos olhos de outros moradores da casa,⁹⁴ pois representam a materialização do que deve ser esquecido: “se falar em camisinha comigo eu penso logo na doença”, diz um homem soropositivo. As mulheres costumam se lembrar, mas quem mais decide o uso é, geralmente, o homem. Todos os entrevistados, homens e mulheres, preferem sexo sem preservativo, e alguns dizem já ter se acostumado, embora a maioria declare algum tipo de desconforto – especialmente os homens. As expressões “sentir a pele” e “calor da pele” são muito referidas, e evidenciam a importância da interação afetiva e do contato corporal no ato sexual. Embora alguns casais se considerem mais “contidos” e “reservados” sexualmente a partir da notícia da soropositividade, quando os encontros sexuais se tornaram mais escassos e esporádicos, eles acham que o contato sexual deve ser “o mais quente possível”, para não “esfriar” ou “apagar o fogo”.⁹⁵ A diminuição da frequência sexual é elemento de vergonha masculina. A declaração das relações sexual tende a ser diferente entre homens e mulheres: eles tendem a referir um número maior de coitos que elas, evidenciando que o exercício da atividade sexual é um relevante elemento, constitutivo da honra masculina. Contrastando com esta visão mais tradicional da identidade masculina, há também alguns relatos que apontam uma mudança: o sexo passa a ser

⁹⁴ Situação presente quando o casal compartilha a habitação com membros da família, o que foi observado na maioria dos casais entrevistados.

⁹⁵ Heilborn (2004) chamou atenção para a descaracterização do vínculo conjugal apresentada quando o “excesso de intimidade” e a “ausência de tesão” são trazidas à tona pelos parceiros. De forma análoga, a categoria “esfriar” também se apresenta como um elemento que descaracteriza o vínculo conjugal, levando à configuração do que Bozon (2004) chama de estabelecimento de papéis parentais.

subsumido pelas categorias “afetividade”⁹⁶ e “companhia” que, apesar de não ser a condição estruturante do casal, é um aspecto a ser levado em conta na manutenção da díade (Heilborn, 2004; Bozon, 2004). O sexo é referência obrigatória nas relações conjugais contemporâneas.

Os casais têm sua sexualidade sob exame todo o tempo. Evidencia-se assim a força de outros elementos que constituem a conjugalidade: as relações de gênero assimétricas, que podem ser reforçadas pelas diferenças de capital escolar, e a dinâmica relacional dos casais. O não uso do preservativo indica que o par é mais importante que a possibilidade de contaminação de um dos parceiros. As duas dimensões não estão dissociadas: elas se reforçam mutuamente dependendo das características do casal.

⁹⁶ Segundo Bozon (1999:23), a idéia de amor sem desejo sexual recíproco é considerada cada vez mais aceitável (sobretudo entre mulheres), à medida que a idade aumenta, e é condizente com uma redução da atividade sexual do casal.

3.2. Silêncios e segredos

Hoje, seria necessário em termos ideais,
entre os parceiros, não esconder nada,
dizer tudo, revelar suas infidelidades,
confessar até suas masturbações.
(André Béjin, *Sexualidades Ocidentais*)

São muitos e de várias ordens os silêncios e os segredos contidos nas relações estabelecidas entre os atores sociais com a emergência da AIDS. Esta seção aborda os segredos conjugais (o silêncio em torno de *temas que não podem ser falados* entre o casal) e a relação com parentes e afins. Esta coloca em xeque outra dimensão do segredo: não mais os silêncios conjugais, entre os próprios parceiros, mas o segredo da AIDS para a coletividade, incluindo, na maioria das vezes, a família. Trata-se, neste caso, de um segredo que reforça a coesão do casal frente a outras formas de relações sociais. O debate aborda ainda as relações estabelecidas entre o casal sorodiscordante e as famílias detentoras da notícia, destacando as tensões envolvidas, como a construção da fofoca e o discurso sobre a desvalorização da honra a partir da doença.

O interesse pelo tema surgiu no início da pesquisa e foi referido em quase todas as entrevistas. Este é um dos elementos centrais na estruturação da instituição casal. Enquanto o par, utopicamente, considera a possibilidade da abolição de segredos e compartilhamento dos fatos da vida,⁹⁷ ao entrevistar os dois membros da díade em

⁹⁷ Heilborn (2004) chama a atenção para o apagamento simbólico da trajetória individual dos membros da díade que, ao se unir, fazem uma leitura de seu passado e, juntos, inauguram um presente, no qual as referências passam a ser as mesmas. Este é um dos exercícios sociais que conformam e confirmam o casal.

separado certos dados foram revelados, salientando aspectos individuais da trajetória e o peso da socialização sobre a estrutura casal. Tais dados consistem na: a) diferença entre as respostas e pontos de vista segundo o gênero (em todas as perguntas do roteiro e, sobretudo, no que concerne à sexualidade e às práticas sexuais); b) uso comum de vocabulário, gíria, expressões e, ainda, na remissão aos mesmos eventos, de modo a ser notável a interação e socialização cotidiana entre os parceiros;⁹⁸ c) em silêncios e segredos propriamente ditos, o que significa que certos eventos relatados em entrevista por um dos parceiros não necessariamente são conhecidos pelo outro.

Simmel (1939), em estudo sobre o segredo, argumenta que tudo o que se comunica a outros, inclusive o mais subjetivo, espontâneo e confidencial, é uma seleção do real. O que é revelado, sobretudo aos mais íntimos, são fragmentos da vida real interior. Nesse sentido, toda mentira – entendida por Simmel como “a limitação do conhecimento que um tem do outro” – seja qual for sua natureza, produz um erro acerca do sujeito que mente: o mentiroso esconde de seu interlocutor a sua verdadeira representação. Para o autor, as resoluções são construídas sobre um complexo sistema de representações, a maioria das quais supõe a confiança. Por essa razão, a mentira é muito nociva na vida moderna. Paradoxalmente, é um elemento central na estrutura das relações.

⁹⁸ A socialização por fricção, citada por Singly (2002),⁹⁸ ou, nos termos de Simmel (1939), o desenvolvimento das relações através do saber mútuo e da ação recíproca.

El valor negativo que, en lo ético, tiene la mentira, no debe engañarnos sobre su positiva importancia sociológica, en la conformación de ciertas relaciones concretas. (Simmel, 1939: 365)

Em se tratando de pesquisa sobre conjugalidade e AIDS, quando os entrevistados remetem-se à questão da confiança, as reflexões de Simmel são de grande utilidade. A *confiança* é uma hipótese sobre a conduta futura do outro e, como hipótese, estaria posicionada entre o saber e a ignorância.

É conveniente lembrar que as pesquisas sobre sexualidade e AIDS acirram e exacerbam um dado importante: a veracidade das informações coletadas. Para a antropologia, *não importa o que as pessoas fazem, mas o que as pessoas dizem que fazem* (Fry, 1982). Dessa forma, ao priorizar o debate em torno das representações e dos valores, no caso da AIDS, uma doença cujo imaginário moral vê-se a todo tempo confrontado com um corpo físico, visível, palpável, essa tarefa torna-se ainda muito mais complexa, pois há que se considerar o próprio tabu em falar ao pesquisador sobre certos temas, associados ao pertencimento conjugal (no sentido de dar uma satisfação), à origem da transmissão, ao recebimento da notícia, à bissexualidade e relações extraconjugais. A este conjunto de temas também podem ser acrescentados outros, concernentes a outros tipos de dádiva (Mauss, 2004), ou outras esferas da conjugalidade, não baseadas no amor carnal: o cuidado, as mágoas e a responsabilidade. Por fim, um assunto pouco abordado: a morte. O interesse aqui não é desenvolver cada um dos temas em profundidade, mas sim compreender porque alguns temas são objeto de diálogo na relação conjugal,

enquanto outros não podem, jamais, ser falados. Não se deve esquecer que as relações de poder no casal são centrais no debate sobre a sorodiscordância.

Poucos entrevistados (mulheres e homens) dizem não saber como, quando e porque se infectaram. Se o argumento do desconhecimento das formas de transmissão é cabível algumas vezes, conforme demonstraram alguns entrevistados, ele enfraquece à medida que, ao entrar em atendimento em serviços de saúde e no processo de medicalização, seria possível realizar uma retrospectiva ou análise da trajetória a fim de obter elementos que permitissem sustentar um diálogo sobre o tema. Não se trata de uma questão de memória (biológica, física), mas de uma seleção dos fatos realizada pelo casal,⁹⁹ quando não há uma associação entre os comportamentos e a possibilidade de risco. Além disso, o que pode e deve ser lembrado, e colocado como tema entre o casal, é um exercício realizado estrategicamente, ainda que muitas vezes esse processo de apresente de forma quase naturalizada (Bourdieu, 1983, 2002).

Cabe ainda destacar que algumas mulheres sabem como se infectaram, mas decidem não revelar aos parceiros, de modo que a origem da infecção

⁹⁹ Em *Memória e identidade social*, Pollak (1992) trata do problema da identidade social em situações limites, remetendo-se a outros estudos, como o sobre mulheres sobreviventes de campos de concentração e acerca da homossexualidade e AIDS. O autor aborda a ligação entre memória e identidade social no âmbito das histórias de vida, recorrendo a Fernand Braudel e a Pierre Nora, para argumentar que nas pesquisas são coletadas memórias individuais. A questão refere-se a como interpretar o material. Pollak resgata Halbwachs que, segundo Sepúlveda (2003), foi o primeiro autor a considerar que a memória não é um fato biológico, mas um evento coletivo e social, submetido a flutuações, transformações e mudanças constantes. Como elementos constitutivos da memória, os acontecimentos vividos pessoalmente e os acontecimentos vividos pelo grupo no qual a pessoa está inserida. Assim, a memória é constituída por acontecimentos, pessoas, personagens e lugares. Cabe ainda levar em conta como a memória é classificada e datada. Nesse sentido, datas da vida familiar e/ou datas da vida pública se ligam, de alguma forma, com a construção da personagem/ator social entrevistado. Essa questão é relevante na articulação entre o público e o privado, e, sobretudo, como o público pode alterar o privado.

permaneça como segredo feminino. Embora este dado ocorra menos entre homens, é instigante uma narrativa, acerca da curiosidade e acusações geradas no âmbito do par: “ela chegou a falar que era impossível eu não saber com quem peguei. Chegou a falar que eu devia ter transado com algum homem e tal. *Mas eu falo que não sei e ela acha que sei*”. Os informantes, em geral, afirmam não querer fornecer detalhes, por vergonha e medo. Eles tendem a considerar que as experiências pessoais do passado deporiam contra uma certa imagem social. De fato, o passado, como aponta Heilborn (2004), passa a ser relido conjuntamente pelo par, denotando e construindo uma zona única, comum aos dois parceiros. Nesse caso, quando detalhes do passado são subtraídos, configura-se também uma área de tensão, com acusações entre os parceiros.

O recebimento da notícia tende a desestabilizar a estrutura do casal e altera a dinâmica conjugal. O impacto inicial e as mudanças no período que se segue à descoberta/revelação levantam questões. Em capítulo anterior, foi abordado o ponto de vista de quem dá a notícia, e agora serão apresentadas as reações dos que a recebem e, a seguir, a interação a partir desse diálogo.

Peto e colaboradores (1992), buscando entender como os sujeitos reagem ao risco da AIDS e por que muitos persistiam em “correr risco”, assinalam que as reações são muito diversificadas. Segundo os autores, os modos de interação entre os parceiros e o contexto normativo da relação são os principais fatores a serem considerados. Eles se articulariam de uma maneira tão específica, de modo a constituir uma alquimia própria de cada indivíduo e do casal, não

reduzível a um jogo de determinação. Concordando com os autores, não é possível reduzir a forma de recebimento da notícia e a permanência desses casais a um único motivo. Não é possível uma generalização, pois, em concordância com Antonio Candido, a pesquisa antropológica atém-se aos detalhes e às pessoas, a fim de integrá-los numa visão que abranja, em princípio, *todos* os aspectos da cultura (Candido,2001:21). O conjunto de entrevistas evidencia certas representações, ancoradas em temáticas comuns.

Diversas hipóteses podem ser levantadas acerca dos motivos de permanência dos casais. O roteiro não possuía uma pergunta explícita sobre o assunto, mas eventualmente este tema vinha à tona. A manutenção do vínculo com um parceiro soropositivo coloca em questão a mesma pergunta que fazem Peto e colaboradores (1992): “por que as pessoas correm risco de transmissão da AIDS?” A desconstrução do amor na análise da trajetória de alguns entrevistados revela que esse sentimento é construído, formado, muitas vezes transformado e ampliado num sentido mais lato que as experiências amorosas cotidianas tradicionais. Fundada no amor romântico ou na idéia de amor-paixão e baseado na atração física, a contabilidade sexual parece estar no centro da construção diária deste sentimento. A essas concepções de amor agregam-se o cuidado, apoio, solidariedade e responsabilidade. Tais noções se somam (e muitas vezes substituem) as configurações amorosas citadas. Vale lembrar os artigos de Bozon (2004) sobre a diminuição da atividade física e sexual no caso dos “casais estabilizados”. Mas, lembram Bozon (2004) e Béjin (1987), o estatuto do sexo como verdade, analisado por Foucault, impõe

atualmente aos casamentos a obrigatoriedade do sexo, que passa a ser uma espécie de termômetro e mantenedor dos vínculos afetivo-sexuais.

Mário recebeu a notícia com “habilidade”: havia tido anteriormente uma namorada soropositiva. Em suas palavras: “na primeira vez, teve um ‘susto’, e então agora estava ‘amadurecido’”. Já tinha contato com os serviços de saúde (mais especificamente, um CTA), adquiriu informações em revistas especializadas, leu e “*procurou se inteirar*”. Diogo acompanhou o adoecimento e falecimento de um familiar, e não achava justo abandonar sua namorada pela notícia, quando ambos passavam por um período de declarado sofrimento. “Entrou de cara e de peito” e acha que foi mais uma provação dada a ele por uma força divina: “eu vou dar a ele porque ele é forte, já teve outros tombos, vai agüentar esse rojão”. Carlos teve uma experiência pessoal com outra doença, que o faz com que o HIV seja percebido “como fichinha”.

O aprendizado e a experiência do sofrimento articulam-se a eventos anteriores associados ao cuidado e à solidariedade, de modo a habilitá-los a sustentar um relacionamento sorodiscordante. Nessa dinâmica, a ameaça de risco pode estar presente, ainda que relida a partir de referências próprias à dinâmica do casal. O risco passa a ser gerenciado.

A experiência anterior de lidar com situações limites habilita as pessoas a “agüentar” as mudanças e desafios que se colocam na vida dos soropositivos. No entanto, esse conhecimento não elimina uma série de sentimentos construídos no âmbito de um domínio de extrema pessoalidade e privacidade, como a responsabilidade, a compaixão e o receio de magoar os parceiros

soropositivos. Sentimentos dessa ordem apresentam-se como um tema tabu (Rodrigues, 1983). A própria reação – freqüente – à abordagem da pesquisadora sugere alguns constrangimentos relativos à construção de sentimentos associados à diminuição ou fragilidade do parceiro soropositivo frente aos informantes soronegativos.

Em duas entrevistas com homens a “responsabilidade” foi mencionada. Inicialmente comentado pelos informantes timidamente, ao longo da entrevista assumiu ares de “desabafo”: expressaram questões consideradas “de casal”, ou seja, temas afeitos ao domínio da conjugalidade, estruturadores de tensões e detonadores de dilemas. Os parceiros negativos entendem que temas como esse devem ser mantidos em sigilo. Não é coerente revelá-los para o parceiro, sob pena de “magoá-lo”.

A proteção às mulheres, o receio de magoá-las e a avaliação de que precisam de cuidados permanentes constituem obrigações associadas à responsabilidade. Esta concepção está associada à idéia de fragilidade da mulher. Note-se que a proteção ofertada às mulheres, em certa medida, se apresenta tanto como responsabilidade moral de manutenção material como no sentido de companhia, excetuando-se, ou melhor, minimizando a participação masculina na esfera doméstica. Quanto ao acompanhamento na rotina de exames e consultas, há menor participação dos homens em relação às mulheres.

A extraconjugalidade é uma prática considerada inadequada em um relacionamento conjugal. A naturalização da idéia de relação sexual exclusiva com o/a cônjuge ou quem se mantém uma relação concebida como estável pressupõe a idéia de fidelidade: a submissão a uma regra da moral social. Esta concepção ideológica, entretanto, nem sempre se sustenta na prática, representando mais um tema sobre o qual não se fala, sob pena de arruinar o vínculo conjugal.

Nessa área também é possível observar diferenças relativas ao gênero. Nenhuma mulher referiu manter ou ter tido relacionamentos extraconjugais paralelos com outros homens ou mulheres. Ao contrário, é mais comum que homens mantenham atualmente ou no passado relações extraconjugais sem que isso signifique, para eles, ameaça à relação.¹⁰⁰ A resposta, no entanto, pode apontar duas representações distintas, ainda que complementares. A primeira, que seria um menor índice de relacionamentos extraconjugais de mulheres em comparação com os homens; a segunda, que ainda que as mulheres tenham relacionamentos extra-oficiais, um código de honra não lhes permite falar sobre este assunto. As duas alternativas são complementares, pois revelam que as mulheres associam sexo a amor. A prática da extraconjugalidade parece mais comum ao universo masculino, que tende a buscar satisfação dos desejos sexuais. Ainda que não tenha sido relatada por todos os entrevistados, foi referida como eventos isolados, pontuais, que ocorreram em determinados períodos do relacionamento, sem maior

¹⁰⁰ A exigência de fidelidade estrita da mulher e a aceitação de uma fidelidade do homem foi, como registra Béjin, chamada de *dupla moral*, e já estava adaptada à cultura das sociedades anteriores à era industrial. Essa questão também estava associada à idéia de que a *maternidade era uma certeza, enquanto a paternidade era uma crença* (Béjin, 1987:187).

significado para os homens. Algumas indagações resultam desse dado: o fato de homens relatarem relações extraconjugais quando a norma social da conjugalidade as condena moralmente, enquanto as mulheres relatam não ter, pode significar: 1) que os homens de fato escapam às normas, baseados no valor da virilidade. Nesse sentido “ter mulheres” significa ser homem; 2) os homens são “naturalmente” propensos ao sexo, sendo comum o desejo por muitas mulheres e impossível o “controle” do que é entendido por desejo sexual; 3) as hipóteses anteriores colocam uma nova pergunta: será o relato das mulheres fidedigno? Serão elas, de fato, a “resistência” da norma cristã, não colocando em exercício a moral de uma “vida dupla”? Quiçá o discurso não acompanhe as práticas, ou melhor dizendo, a ausência de relato sobre relações extraconjugais pode significar também uma adesão ao discurso da norma da monogamia sexual, sem correspondente no plano efetivo do exercício sexual.¹⁰¹

Apenas dois homens relataram relações sexuais com outros homens. Nos dois episódios isso não é considerado como identidade de bissexual ou homossexual. Em um dos casos o envolvimento sexual com homens se deu em uma fase inicial da juventude; no outro continua a ser exercido, concomitantemente ao relacionamento estável com sua parceira. A participação em redes de sociabilidade homossexuais não habilita a definição de uma identidade homossexual pois, como afirma Pollak (1992) a respeito das

¹⁰¹ Em “O homem que copiava”, filme de Jorge Furtado, monta-se uma trama paralela à trama central do filme. Nesta um dos protagonistas, jovem rapaz, utiliza várias artimanhas para seduzir aquela que viria a ser sua namorada. Ao espectador, pelo menos, é forjada essa sensação quando, no final do filme, revela-se surpreendentemente a visão feminina da história: todos os passos teriam sido milimetricamente calculados pela jovem para ofertar ao homem o sentimento de protagonista da busca e responsável pelo bem sucedido encontro amoroso do par.

identidades indizíveis, trata-se de gerir dois segredos simultaneamente: o da AIDS e o da homossexualidade. O contexto mais amplo, que envolve a família de origem, nega a aceitação da homossexualidade como estilo de vida. Quando comparada à relação conjugal, as relações extraconjugais com outros homens perdem relevância frente a outros valores presentes no par, não necessariamente alocados na obtenção de prazer sexual. O sexo ocupa ou passa a ocupar posição subordinada frente a outros sentimentos como o amor, o cuidado ou companhia.. Neste caso, o segredo oferece a possibilidade de emergência de um segundo mundo, que passa a existir ao lado do mundo oficial.¹⁰² Os relacionamentos sexuais com homens, para a maioria dos entrevistados , incluindo aqueles que porventura têm ou tiveram tal práticas, escapam à normatividade reconhecida como ideal. Como aponta Béjin,¹⁰³ a relação extraconjugal é buscada pelas alegrias e satisfações sexuais que ela poderia proporcionar, podendo transgredir mais facilmente as barreiras sexuais, sem haver oposição entre condições de classe, por exemplo. Porém, elas permanecem como relações não oficiais e, portanto, invisíveis na ordem social. O uso do preservativo que, em alguns casos não é efetuado nas relações estáveis, é imprescindível nas relações extraconjugais.¹⁰⁴

¹⁰² Simmel (1939). Para o autor, “una de las características de toda relación entre dos personas o entre dos grupos es el haber o no haber en ella secreto y la medida en que lo hay; pues aun en el caso de que el otro no note la existencia del secreto, este modifica la actitud del que lo guarda y, por consiguiente, de toda la relación”. A esse respeito, consultar Natividade e Gomes (2006).

¹⁰³ Béjin refere-se aos países ocidentais, à época da Revolução Industrial (Béjin, 1987:185), mas seu estudo ainda é referência obrigatória, por sua originalidade e alcance, além da escassa produção sobre o tema.

¹⁰⁴ Sobre o tema da bissexualidade, ver Seffner (2003).

Heilborn (2004:89) afirma que a participação de entrevistados de orientação sexual homossexual em redes não exclusivamente homossociais aponta uma valorização de outros aspectos na formação das relações de sociabilidade.

A morte foi um tema pouco abordado pelos entrevistados. Se, num primeiro momento, é comum a pergunta sobre o tempo de vida de uma pessoa com AIDS, com o início do tratamento, frequência à rotina médica e tempo de diagnóstico, conversas sobre morte passam a ser banidas. É necessário reter a idéia de Elias sobre a dificuldade das sociedades ocidentais em abordar o assunto. No caso da AIDS, a morte e a questão da sobrevivência foram muito discutidas no início da epidemia. Nesse período a letalidade era alta: muitos faleciam poucos meses após a contaminação. A experiência da doença, além de modificar o curso da vida e a própria representação sobre a doença, modifica a relação dos sujeitos com o tempo. Apesar de não haver uma preocupação com a morte eminente, o discurso dos entrevistados evidenciou a “necessidade de aproveitar a vida” e “viver bem o presente”. O futuro não se projeta como representação possível.

“Não faço planos devido ao HIV. Deixo as coisas acontecerem. O sonho era ter uma casa, cheia de amigos e filhos. Mas o mal tomou conta”.
(Hilda)

A oposição à morte continua presente, embora dela não se fale. Há uma preocupação com o futuro dos dependentes. Esse ponto-de-vista coloca-se ao lado de uma certa perspectiva acumulativa: guardar recursos para garantir a vida dos filhos, fazer planos de adquirir casa própria. Também está presente,

em menor proporção, as idéias de “viajar e aproveitar” e investir na carreira profissional. Em resumo, há uma revisão das prioridades de vida, como se a idéia de planejamento possa ser substituída pela opção de “deixar as coisas acontecerem no seu tempo”. Os atores consideram que têm um tempo “limitado” de vida, identificado como “diferente” do tempo que dispõe o parceiro soronegativo. Algumas crenças religiosas corroboram essas representações (“Deus sabe o que faz”, “viverei o tempo que Deus achar que devo viver”).

Para finalizar as observações sobre os segredos conjugais, vale trazer as palavras de Simmel:

“El secreto del uno es em cierto modo acatado por el outro, y lo ocultado involuntária o voluntariamente, es respetado involuntária o voluntariamente. Pero la intención de ocultar adquiere una intensidad muy distinta, cuando frente a ella actúa la intención de descubrir. Prodúcese entonces esa disimulación y enmascaramiento tendencioso, esa, por decirlo así, defensa agresiva frente al tercero, que es lo que propiamente suele llamarse el secreto” (Simmel, 1939:378).

O cuidado e a preocupação consigo ou a responsabilidade e o apoio ao outro? A expressão dos sentimentos e preocupações (o “desabafo” popular) ou a preservação do outro para não magoá-lo? Essas perguntas chamam a atenção para o fato da convivência, por vezes contraditória, das tensões, dilemas e conflitos presentes na relação conjugal.

Relação com família e redes de sociabilidade

O segredo é crucial para os entrevistados por revelar um imbricado jogo social, no qual estão presentes constrangimentos e regras sociais.

Todos os entrevistados, com uma única exceção, administram, em algum grau, o desafio de esconder a própria soropositividade ou a de seu parceiro. A entrevistada que escapa a essa norma é ativista do movimento social de luta contra a AIDS. Ela publiciza sua doença como forma de valorizar a afirmação da soropositividade, em contraste às demais entrevistas.¹⁰⁵

A AIDS pode ser um tema que requer sigilo total, um assunto escondido da família ou amigos, devido ao medo da exposição e da “fofoca”,¹⁰⁶ do estigma e do receio de desapontar e magoar os familiares. Torna-se um *segredo conjugal*. Apesar de a família ser uma instituição central para os entrevistados, a existência de um segredo comum acaba por autonomizar o casal frente a esta agência. O sigilo da doença é concentrado no casal, justamente para mantê-la. Não é uma tarefa fácil, uma vez que muitos casais compartilham o mesmo quintal que seus familiares e a privacidade para *assuntos de casal* é menor, se comparada àquela dos casais que residem sozinhos, mais distante do núcleo familiar.¹⁰⁷ Daniela e Diogo, casal do “campo a” que não pertence a esse universo mais holista, também mantêm segredo da soropositividade. Com exceção dos profissionais de saúde que atendem Daniela, ninguém sabe de

¹⁰⁵ Mesmo neste caso a entrevistada refere a necessidade de um tempo para acostumar-se com a novidade e, a partir de então, contar a alguns membros da família.

¹⁰⁶ O termo “fofoca” é aqui utilizado de acordo com a classificação nativa e aproxima-se à definição contida na obra de Elias (2000:121). Para o autor, fofocas são “as informações mais ou menos depreciativas sobre terceiros, transmitidas por duas ou mais pessoas umas às outras”.

¹⁰⁷ Fonseca (2000:63) indica que a unidade residencial é uma categoria-chave para análise das relações sociais estabelecidas no universo popular. A família conjugal é a categoria utilizada pela autora para referir-se à unidade constituída por casal e filhos. Fonseca sublinha que a maioria dessas unidades contém “agregados”.

sua condição. As razões para o ocultamento residem na vergonha de Daniela. A discussão de Fonseca (2000:15) sobre honra em populações urbanas de baixa renda, a partir da clássica obra de Pitt-Rivers, ilumina esta questão. A intenção da autora é demonstrar que a honra figura como um elemento simbólico que, ao mesmo tempo, regula o comportamento e define a identidade dos membros do grupo. Fonseca “sublinha o sentimento individual e o orgulho pessoal, ou seja, o esforço de enobrecer a própria imagem segundo as normas socialmente estabelecidas” e evidencia que a existência de um “código de honra, um código social de inteiração, onde o prestígio social é negociado como o bem simbólico fundamental de troca”. Para esta autora, o código de honra regula a interação entre os membros de um grupo social a partir dos critérios de prestígio social, que variam conforme a idade, o sexo, o status econômico e civil de cada pessoa (2000:26).¹⁰⁸

Aqui também se entende que o prestígio social é regulado pelo status sorológico. É nesse sentido que a revelação da soropositividade de Daniela poderia levantar suspeita sobre a condição sorológica de Diogo: “todos pensariam que ele também é soropositivo”. O segredo conjugal cria um forte vínculo de dependência entre o casal, podendo ainda produzir uma situação de dependência do soropositivo em relação ao negativo, além de um forte senso de responsabilidade deste último em relação ao primeiro.

Quando a AIDS é objeto de um *sigilo parcial* poucas pessoas são escolhidas para a revelação, e o são em função de sua posição e importância na família

¹⁰⁸ Sarti (1996) tece considerações semelhantes sobre honra nas camadas populares.

ou na rede de sociabilidade dos entrevistados. Conta-se para a família porque se acredita que ela pode apoiar os soropositivos em momentos difíceis. Em geral há uma negociação entre os pares e um “código de ética” deve ser respeitado: trata-se de um assunto que, obrigatoriamente, deve ser revelado para as “pessoas íntimas”, de “confiança”, para que estas não se sintam “traídas” posteriormente, caso descubram. A categoria “confiança” é central nos relatos. Considera-se um tema muito caro e seu ocultamento pode provocar a ruptura da lealdade, caso a notícia venha, de alguma forma, à tona. “Amigos como se fossem irmãos” também são guardiões do segredo. Há um constrangimento social que impele à revelação, para que esta cimente uma relação de confiança com estas pessoas. Nesse sentido, a decisão sobre contar condensa uma escolha e um imperativo.

A idéia de “preparar” aqueles que receberão a notícia está presente. Esta noção, assim como a preocupação com a imagem e a moral do sujeito soropositivo são levadas em consideração no momento da revelação e na forma de contar. Pode-se articular essa idéia ao que Goffman (2003) denomina como representação do eu. O autor usa conceitos do teatro para retratar a importância das relações sociais. Um ator desempenha um papel no palco e nos bastidores; há relação entre a peça e a atuação; ele é visto por um público mas, ao mesmo tempo, é o público da peça encenada pelos espectadores. O ator social é hábil para escolher o palco, a peça e o figurino a ser utilizado, de acordo com o público. Para Goffman, o principal objetivo do ator é manter sua coerência e se ajustar a cada situação, a partir da interação com outros autores.

Carolina contou sua sorologia positiva para sua mãe, em um momento de raiva e emoção, num contexto de desentendimento familiar, três anos após a descoberta. Pediu que ela não falasse para ninguém, mas sua mãe revelou aos outros filhos: “não para fofocar, mas para dividir a angústia”, para que “eles a protegessem”. Ainda assim, Carolina levou quatro anos para contar para sua filha adolescente, após um preparo ritualístico, acompanhada por pessoas próximas (mãe e namorado da época):

“Eu programei. Tinha que programar isso dentro de minha cabeça, eu não poderia falar isso de qualquer jeito” (Carolina).

Carolina e sua filha fizeram uma viagem, “prepararam-se espiritualmente”: um ritual que envolveu planejamento e fabricação de florais. Seu pai morreu sem saber. Uma reportagem num jornal local provocou orgulho de um dos irmãos – que a considerou corajosa por falar – e vergonha de outro, que tomou o fato como uma exposição excessiva da vida privada. Nessa preparação, é central a valorização da “experiência do sofrimento” da pessoa soropositiva. O depoimento de Júlio, soronegativo, casado com Janaína, positiva, é mais conciso, mas também ilustrativo:

“Preparei meus pais para contar. Disse a eles o quanto Janaína tinha sofrido...” (Júlio)

Alguns casais revelam apenas para poucos familiares, que ocultam a informação de outros membros do grupo. É o caso, por exemplo, de Geraldo e Gorete, que contaram apenas para os filhos sobre a doença dele. Nenhum outro familiar sabe do fato – nem os genros – porque receiam que eles deixem de ir à sua casa, por discriminação, além do medo de fofocas. No entanto,

nem sempre os filhos sabem sobre a doença de um dos pais. Quando são considerados muito jovens não lhes é contado o segredo e há quem pense que a revelação, quando feita, deverá servir para educá-los, mostrando o caso como resultado de uma conduta errada, que não deve ser seguida pelos mais moços.

“Fico pensando no filho crescendo ... se devo falar ou não. Um dia terei que falar: ‘teu pai ficou assim porque fez coisa errada’. Mas a gente procura não conversar [sobre AIDS] porque pira a cabeça” (Laura).

Os membros da família eleitos para guardar o segredo, no entanto, por vezes contam a notícia para outros familiares, na maioria das vezes com o intuito de ajudar as pessoas soropositivas. A mãe de Carolina revelou aos seus irmãos sem consultá-la. Mário “suspeita” que sua irmã também saiba da soropositividade de Maria, embora “ela seja muito discreta”. Dessa forma, a notícia se espalha nas redes sociais sem que seja possível um controle da informação. Essa situação tende a ser mais acentuada quando se trata da relação entre familiares e redes de vizinhança.¹⁰⁹ No entanto, em vários relatos foi referida uma estratégia de “não confirmação” da notícia, deixando “em dúvida” os demais atores sociais.

“No caso dele, muita gente ficou sabendo por causa da sua ex-esposa. Família...amigos...vizinhos...Os comentários existem... Todo mundo viu o filme Cazuza. Mas ele nunca *confirmou* nada e deixa as pessoas em dúvida. Na família dele todo mundo sabe... Ninguém ali guarda segredo. Na minha família, meus irmãos sabem. Um irmão contou para uma irmã, que contou para minha mãe, que veio para o Rio correndo quando soube” (Fernanda).

¹⁰⁹ Fonseca (2000:11) lembra que no Brasil as redes de vizinhança e de parentesco são muito importantes para a organização social.

Em três casos havia pessoas soropositivas na família, o que não é garantia de revelação. Em dois casais, no entanto, a situação anterior serviu para “facilitar” a revelação, “diminuindo o impacto da notícia na família”. Este é, por exemplo, o contexto no qual se integram Flávio e Fernanda. A família dele, porém, não sabe que ela é soronegativa: “eles desconfiam que ela também seja soropositiva”, o que não é desmentido por Flávio. O episódio indica a impossibilidade de manutenção da diferença e, ainda, a apresentação de uma situação conjugal que coloca o homem numa posição desvalorizada frente à mulher.

A rede mais extensa de amigos desconhece a soropositividade. É comum o relato de que muitos amigos se distanciam ao saber da soropositividade. Foram relatados casos nos quais a AIDS é tema de piada, sem que os portadores identifiquem-se, ainda que verbalizem sofrimento e apatia diante do preconceito. Demonstrar conhecimento sobre AIDS pode ser perigoso: “se você sabe muito sobre HIV...[pode ser desmascarado]”. As fofocas em torno da soropositividade são freqüentes e não é raro que a AIDS seja uma incógnita ou uma suspeita na rede de relações do casal:

“Acho que a mãe dela sabe, mas não tenho certeza. As irmãs sabem porque são muito ligadas. Houve fofoca, mas depois o caso foi abafado porque ela estava forte, sarada” (Ernesto).

Quando se trata de mulheres positivas e homens negativos, é mais comum que a família dos homens desconheça a condição sorológica. As mulheres relataram receio de ter sua honra desqualificada e, como em geral trata-se de um universo com pouco conhecimento sobre as formas de transmissão, a

palavra “ignorância” foi citada como principal causa de “desconfiança”. A família de Ismael, por exemplo, desconhece a soropositividade de Inês. A razão para a omissão é o receio de preconceito e fofoca: “Se a gente faz alguma coisa em casa as pessoas não vão porque tem AIDS”. De forma similar, Ernesto relata que, em sua família, ninguém sabe da soropositividade de Eva, “para evitar comentários, porque a pessoa é discriminada por estar com HIV”, ou “para evitar perturbar os parentes”.

Muitas mulheres fazem referência à sogra, claramente preocupadas com sua “reputação” (Fonseca, 2000:42): “o que ela vai pensar de mim”, “que eu vou infectar o filho dela”. Nesse caso tem-se a configuração do mecanismo de controle descrito por Elias (2000) e por Fonseca (2000), em referência a pequenas comunidades. Hilda tornou-se objeto de comentários depreciativos da rede de vizinhança, circuito de transmissão de “fofoca” e alvo da sogra, que a nomeia publicamente de “bicha podre” e “piranhuda”. No exemplo em questão, deve-se atentar para o contexto social no qual estão inscritos os atores sociais. Hilda e Hélio são moradores de um bairro de periferia da Baixada Fluminense, residindo muito próximos. Nesse sentido, pode-se aproximar estes dados à análise de Elias, considerando esse espaço social como uma “aldeia”, na qual o nível organizacional facilita a “transmissão dos mexericos boca-a-boca, permitindo que as notícias se espalhem pela comunidade com uma velocidade considerável” (Elias, 2000:121). Por esse mesmo motivo, Guimarães (2006) demonstrou como foi possível para um grupo de homossexuais, migrante de uma cidade interiorana, manter estilos de vida mais individualistas e com um menor grau de controle sobre seus atos

quando se mudam para uma grande metrópole – no caso, o Rio de Janeiro). Essa discussão está articulada com o estudo de Bott (1971) sobre famílias londrinas nos anos 1950. A pesquisa focalizou os papéis conjugais e demonstrou que eles possuem uma função de “conexidade” das redes de relações ao redor da família. Os conceitos de malha de rede frouxa e estreita, vinculados à variação de papéis conjugais, de acordo com o meio social tendia, respectivamente, a um menor ou maior grau de conhecimento (e possibilidade de controle) entre os vários atores.

A fofoca presente nos relatos tem como principais funções sociais informar a reputação dos moradores de um local, consolidando ou prejudicando sua imagem pública (Fonseca, 2000:42). Ela reforça a coesão das redes. Na casa de Hélio, mãe e irmãs (o pai ficou isento, segundo as duas entrevistas) o pressionaram para que ele rompesse com a aliança. Se, ao casar, a mulher alcança um “*status* respeitável” (Fonseca:2006:32), Hilda torna-se uma mulher desprestigiada, pois sua doença reduz a possibilidade de enlace. A família de Hélio não reagiu bem à notícia da soropositividade de sua namorada:

“Achavam que ela deveria procurar soropositivos pra namorar. Minha mãe falou que sou maluco. De vez em quando ela fala umas gracinhas para a Hilda. Já xingou. Ela tem um preconceito grande, faz pressão. Diz que se eu tiver HIV ela se mata” (Hélio).

A revelação da soropositividade para as duas famílias é um evento englobado pelas relações de poder que permeiam o par. Um código entre o casal delimita *quem está autorizado a contar e para quem*, pois é preciso permissão para falar. Por vezes quem detém o poder da fala teme o portador do vírus.

Entretanto, se a rede social é do parceiro soronegativo, cabe a este o monopólio da confissão. O assunto ora é tido como individual, ora como problema de casal. Esta questão evidencia a força dos laços de parentesco e como consangüíneos e afins exercem influência sobre o par.

Freqüentemente fala-se na vontade e na intenção de contar aos familiares e amigos, “inclusive para alertá-los para que tenham cuidado”. Mas, em geral, não se conta sobre a doença e recomenda-se ao parceiro que não revele o segredo, por receio de discriminação. O estigma é associado à “ignorância” e à “mente atrasada” das pessoas. O medo de ser julgado e discriminado, e a valorização da preservação da privacidade estão em jogo, revelando a forte coerção social dos grupos sobre os indivíduos.

“A AIDS é uma doença muito criticada. Quanto menos pessoas souberem, melhor. Tenho um bom envolvimento com minha família e isso poderia atrapalhar” (Nelson).

Alguns entrevistados soronegativos, homens e mulheres relataram a revelação da soropositividade do parceiro para o “melhor amigo” ou para alguém de muita confiança. Neste caso, essa informação é ocultada no âmbito do casal, havendo desconfiança do parceiro soropositivo acerca de quem sabe ou não sobre sua doença, o que pode ser ilustrado pelos seguintes relatos:

“Contei para uma amiga. Ele não sabe que ela sabe. Ele não quer que ninguém saiba. As pessoas são ignorantes. Não sei se ele contou para alguém. Ele fica todos os dias querendo saber” (mulher soronegativa).

“Acredito que mais gente deva saber, porque ela fala muito” (homem soropositivo).

Em geral considera-se que as famílias das pessoas soropositivas têm a obrigação moral de compreendê-las. Quando o diagnóstico é do parceiro, há receio de revelar essa condição. Muitas famílias de soronegativos não sabem da soropositividade do parceiro positivo, pois ela pode desmoralizar o sujeito soropositivo.

“Ninguém na minha família sabe. Não tenho o hábito de falar. Acho que minha mãe talvez saiba, porque minha ex-mulher pode ter contado. Ela é mãe do meu filho e usa isso como arma” (Carlos).

O ambiente profissional também é ameaçado pela possibilidade da descoberta da soropositividade. “Manter o segredo é difícil”, avalia Gorete, “mas é importante porque ele é trabalhador”. O trabalho é uma das razões para Maria manter a soropositividade em segredo: “apenas meu marido e sogros sabem. Ninguém mais. E também sou manicure. Se eu contar, não ganho meu pão”. Dois entrevistados provavelmente perderam seus empregos pela soropositividade. No trabalho anterior, um colega descobriu a soropositividade de Flávio e revelou aos “patrões”: “era olhado diferente” e “até os talheres com os quais comia ficavam separados”. Procurou informações numa ONG e tomou conhecimento de que não poderia ser demitido. No entanto, sentiu-se “sufocado” e pediu demissão. No novo local de trabalho ninguém sabe de sua soropositividade. Hilda trabalhava há muitos anos em uma empresa que realizava exames periódicos em seus funcionários. Com o resultado positivo do teste anti-HIV, foi aposentada.

Os silêncios e segredos são ameaçados e podem ser rompidos pela fofoca, como indicam vários relatos. Segundo Fonseca (2000:41), a fofoca envolve o

relato de fatos reais ou imaginados sobre o comportamento alheio. Em sua pesquisa em favelas, “ninguém se considera fofoqueiro, mas todo mundo concorda em dizer que há fofoca constantemente na vizinhança”.

A fofoca não é um fenômeno independente, é gerada em função das normas e crenças coletivas que estão em jogo em um determinado espaço social (Elias, 2000:121-133). Conclui-se que a AIDS ainda é considerada uma doença do outro (Knauth, 1996; Guimarães, 2001) e que a união de pessoas consideradas sadias a outras, tidas como doentes, é um fato que provoca tensões na coletividade.

Considerações finais

Esta tese teve por objetivo delinear, a partir de entrevistas, como se estrutura a conjugalidade de casais sorodiscordantes para o HIV/AIDS. Abordou um assunto ainda pouco investigado pela antropologia da saúde, com o intuito de examinar de que maneira a esfera da sexualidade é gerida quando um dos parceiros é soropositivo. Verificou-se que o gênero desempenha um papel crucial no modo como o HIV/AIDS se apresenta em diversas formas de troca social, a saber, o vínculo conjugal, o compartilhamento do cuidado e a interação sexual.

A maioria dos casais entrevistados já estava formado antes do diagnóstico. O roteiro de formação das alianças indica padrões regulares de escolha de parceiros. No universo pesquisado há escassez parcial ou total de informações sobre HIV/AIDS, com raras exceções. Considera-se a AIDS um evento exterior à sua trajetória ou, em concordância com a literatura, como “uma doença do outro” (Knauth, 1999; Guimarães, 2001). Ela significa vergonha e desonra. O recebimento da notícia da soropositividade implica a assimilação de um novo saber sobre si. No entanto, não se trata necessariamente de conformar uma identidade social específica – a de soropositivo.

A descoberta da soropositividade talvez seja o evento que apresente menos inflexões de gênero, distintamente, por exemplo, do tema dos cuidados e a aceitação das práticas sexuais que comportam risco de contaminação. A ocorrência de sintomas não facilmente identificados pelos médicos, com ou sem internação hospitalar, e o adoecimento ou falecimento de parceiros anteriores foram relatados por homens e mulheres. Muitos homens buscaram

espontaneamente a testagem, a partir da exposição a alguma situação considerada “arriscada”, como uso de drogas injetáveis ou relação extraconjugal com homens ou outras mulheres. Já no caso das mulheres o mesmo não foi verificado. A descoberta se deu no universo feminino durante o pré-natal, ou pela exigência de testagem obrigatória em seus locais de trabalho.

O contato progressivo com o sistema de saúde é acompanhado por um complexo sistema de sugestões à pessoa soropositiva que conforma, pouco a pouco, uma *carreira moral soropositiva*. Este processo comporta uma intensa articulação entre vida pública e privada, com mudanças subjetivas, que resultam em uma reorganização biográfica. Esta passagem contém a experiência do adoecimento e do sofrimento, seja no sentido físico ou moral (Duarte, 1988). Os serviços de saúde passam a desempenhar um papel relevante na vida do sujeito. Sua rotina transforma-se com as consultas e exames, uso de medicamentos e, por fim, com a recomendação expressa de prática de “sexo seguro”. Estas reformulações, no entanto, não adquirem um estatuto identitário pois, para muitos entrevistados, a condição soropositiva não se torna pública.

A constituição de uma identidade específica depende de um reconhecimento pessoal e coletivo (Lévi-Strauss, 1975). A tensão entre reorganização biográfica e identidade soropositiva é análoga à formulação de Heilborn (1996), acerca do “ser ou estar” homossexual. Os entrevistados negam a condição

soropositiva, “inclusive para eles mesmos”, conforme assinalou um informante: “por não gostar de lembrar, às vezes até ele esquece que tem o HIV”.

A publicização da doença está vinculada a um processo de reorganização biográfica que, por vezes, conduz os sujeitos a se tornarem atores políticos e engajados. Ela é sentida como uma necessidade de falar e/ou quando a doença passa a não ser mais considerada uma vergonha. Outras estratégias de reformulação subjetiva também podem ser acionadas, como a busca de terapia. Estes sujeitos passam a se intitular “pessoas que vivem com HIV/AIDS” (Terto Jr., 1997) e consideram que a AIDS modificou, para melhor, suas vidas.

Há diversas situações que explicitam a tensão entre reorganização biográfica e identidade soropositiva, como brigas conjugais, quando o HIV/AIDS é objeto de acusação, a emergência da compaixão pelo soropositivo, uma forma de produzir dependência entre os parceiros. Esta última conduta foi mencionada por algumas mulheres, que referiram “usar o HIV como chantagem emocional”: “você está brigando comigo porque sabe que eu tenho HIV e ninguém mais vai querer me amar”.

A revelação da soropositividade ao parceiro se impõe como um desafio. A condição constitui um segredo que se mantém de modo tenso, entre a vontade ou necessidade de confissão, e o desejo de ocultamento do fato, dificultado pela proximidade dos atores envolvidos (Simmel, 1939). Os contatos íntimos usualmente regulares, passam a ser temidos pelos portadores da nova

condição. Como se trata de um segredo que contém um estigma (Goffman, 1988), o soropositivo teme ser rejeitado e desqualificado moralmente pelo parceiro.

Entre os casais formados após o diagnóstico, a revelação consistia em um divisor de águas. A formação da aliança dependeria da reação do parceiro, o que conduziu alguns entrevistados a cogitar a possibilidade de buscar somente parceiros soropositivos (considerados “iguais”). Entre os casais já formados, as condições que acarretaram a contaminação foram objeto de diálogo, quando surgiram acusações ou dúvidas sobre a conduta do parceiro. Houve ainda situações nas quais algumas mulheres soropositivas não puderam escolher entre contar ou não ao parceiro, pois o fato foi comunicado por profissionais de saúde ou por parentes. Isto ocorreu em serviços de saúde, durante o pré-natal ou internação hospitalar, apesar do Brasil ser signatário de um documento que garante a autonomia e confidencialidade do sujeito soropositivo.

A continuidade da aliança é considerada por muitos entrevistados, sobretudo mulheres, como o único vínculo conjugal possível. A pesquisa constatou que o parceiro passa a ter um significado supremo na vida do sujeito soropositivo, ele/a passa a ser “tudo”, porque “aceitou” o parceiro soropositivo. Esta é uma questão velada entre o casal e, para alguns entrevistados soronegativos, significa uma situação de extrema responsabilidade. Os dilemas e tensões podem emergir entre os parceiros de forma jocosa, em brigas conjugais, mas há uma tendência ao silêncio em torno do tema, mantido como um segredo conjugal. A revelação de homens para outras parceiras, de relações

extraconjugais paralelas, é um evento menos provável, à medida que não merecem a mesma “consideração” e “confiança”, além de serem consideradas relações que não possibilitam “espaço” para este tipo de assunto. “Falta coragem” para tamanha exposição. Além disso, os homens envolvidos nestes relacionamentos avaliam a saúde destes parceiros, a partir da aparência física. Concluem, por este parâmetro, que elas não necessitam fazer o teste. A importância do vínculo conjugal é assim reforçada, como relevante agência de socialização e suporte para os sujeitos.

O parceiro soropositivo que recebe a notícia inicia um *aprendizado do sofrimento*. A maioria dos entrevistados revelou grande impacto e surpresa, desejando tomar conhecimento acerca das circunstâncias que conduziram à condição soropositiva do parceiro. A notícia produziu um menor impacto para alguns entrevistados, pelo fato de terem vivenciado anteriormente uma experiência de sofrimento. Neste caso, estas pessoas se consideram aptas a manter o relacionamento, com amor, cuidado e responsabilidade. Distintos sentimentos não explicitados entre o casal se apresentam, além dos citados, como a compaixão e o receio de magoar ou ofender o parceiro. Os segredos – presentes em qualquer relacionamento conjugal – acarretam tensões entre o casal e dizem respeito “ao que não pode ser falado”, como a mágoa e a responsabilidade sentida pelo soronegativo, a forma de transmissão e a existência de relações extraconjugais (incluindo a bissexualidade).

A notícia da soropositividade produz uma *diferença* entre os membros do casal. A partir de então, o parceiro deve realizar testes e há uma expectativa com a

ameaça de soroconversão. Como a maioria dos entrevistados não utilizava preservativos nos relacionamentos estáveis, a possibilidade de soropositividade potencial se apresentou. A espera por um resultado negativo atesta a rejeição da condição do companheiro, minando o preceito de igualdade, que integra a crença dos parceiros. O resultado negativo demarca a sorodiscordância. Configura-se então um processo de reformulação de projetos conjugais e sexuais, que envolve a gestão dos cuidados e do risco sexual.

A descoberta do HIV/AIDS impõe uma rotina medicalizada ao sujeito soropositivo e também inclui alterações na rotina conjugal. Consultas, exames e ingestão de medicamentos integram os novos hábitos e requerem a atenção do parceiro soronegativo. Particularmente na esfera dos cuidados observa-se que a participação do cônjuge obedece a uma lógica diferenciada segundo o gênero. Pode-se afirmar que os cuidados se dividem em dois planos: doméstico e moral. A experiência feminina do cuidado é expressa no preparo da alimentação, vigilância dos horários dos remédios, acompanhamento sistemático ao serviço de saúde (sobretudo logo após o diagnóstico). Já a manifestação do cuidado masculino se apresenta de uma forma distinta: apesar dos homens também acompanharem suas mulheres ao o serviço de saúde, sua participação refere-se sobretudo ao plano moral, além da provisão financeira. Cabe ainda acrescentar que se verificou que grande parte dos casais formados por homens soropositivos coabitam, enquanto o mesmo não se dá entre os pares nos quais a mulher é soropositiva.

Os soropositivos apreendem as explicações técnicas sobre os cuidados médicos, a linguagem médica, os detalhes referentes à atuação dos medicamentos no organismo e as formas de evitar infecções. No caso do parceiro soronegativo também há uma apropriação deste conhecimento sobretudo pelos homens, geralmente socializados pela mulher: “ela me explicou tudinho”, dizem três entrevistados soronegativos, referindo-se à aquisição de dados sobre os modos de transmissão do HIV/AIDS.

A pesquisa evidenciou silêncios e segredos em torno do estigma do HIV/AIDS. Desde a descoberta da soropositividade, condição na qual é produzida uma tensão entre revelar ou não, certos sentimentos e dilemas entram em cena, como o medo da reação do parceiro ou a imagem moral a partir de então. Uma tensão entre memória e esquecimento da doença está presente no cotidiano da maioria dos entrevistados, para os quais o silêncio é constitutivo da condição soropositiva ou da doença. Os informantes administram o desafio de esconder a soropositividade, sua ou do parceiro, da família e das redes de sociabilidade. Nesse sentido o HIV/AIDS torna-se um *segredo conjugal*, embora a família constitua uma referência central na vida dos entrevistados.

O estigma do HIV/AIDS desvaloriza moralmente aqueles que o possuem. O temor da perda de prestígio social e da fofoca conduz à escolha de poucas pessoas para a revelação da soropositividade. Neste caso o ocultamento da notícia passa a ser um *segredo parcial*. A decisão de contar condensa uma escolha e um imperativo, pois a “confiança” é uma categoria relevante para o universo pesquisado. No entanto, diversas estratégias são acionadas para o

relato da notícia: aqueles que deverão recebê-la devem ser “preparados”, pois a imagem do sujeito e do casal está em jogo e depende, em parte, da forma de contar. Como a relação conjugal mobiliza duas redes de parentesco, a definição de “quem tem a permissão para contar e para quem” gera nova tensão. O que confere mais legitimidade e poder para a revelação: a condição soropositiva ou o pertencimento à família? A soropositividade envergonha aquele que a detém e, muitas vezes, gera desconfiança em relação à lealdade do parceiro. Muitos entrevistados acham que outras pessoas sabem de sua condição, por intermédio dos pares. Em geral, as famílias tendem a apoiar os sujeitos. Entretanto, certas situações de conflito moral foram relatadas, geralmente entre mulheres (sogra e/ou cunhadas).

A análise dos dados permite afirmar que a doença se rotiniza de acordo com o tempo de diagnóstico, transformando o que, a princípio, é tido como “arriscado”, em “próximo”. Deste modo, não é mais associado ao “perigo”. A rotinização se expressa também no domínio sexual, fazendo com que os parceiros afrouxem ou suspendam as normas de proteção. O mesmo também pode ser verificado na esfera dos cuidados, quando os parceiros soronegativos, progressivamente, deixam de acompanhar o soropositivo nas consultas e exames. No cotidiano há um processo de construção progressivo de subjetividades opostas – soropositivo e soronegativo –, que se firmam como identidades somente em determinadas circunstâncias, como nos serviços de saúde, na família, em acidentes nas práticas sexuais ou em brigas conjugais.

A análise dos dados demonstra que, ao contrário do que se poderia supor, a mulher soropositiva, inserida em uma relação estável, não é o sujeito social mais desprestigiado. Embora as narrativas femininas enfatizem uma dificuldade em obter parceiros sexuais, pelo estigma do potencial “sexo perigoso” na relação conjugal este perigo é atenuado ou apagado. Seus parceiros declaram que “não têm medo de nada”. Eles demandam às suas mulheres a prática de sexo sem preservativo, pois consideram que “homem não pega AIDS de mulher”. Esta situação evidencia que o que é reconhecido como patológico num caso, pode não ser em outro. Ao contrário, são as mulheres, tanto soronegativas quanto soropositivas, que mais revelam temer a contaminação e a possibilidade de transmitir o HIV. Este dado aponta um aspecto a ser aprofundado e explorado, sobre o processo de socialização de mulheres e homens, em articulação com o evento da doença, o *sofrimento* e a *perturbação* (Duarte, 1988).

O processo produzido pelo advento da soropositividade acarreta alterações no exercício da sexualidade dos casais, como a introdução do uso de preservativo anteriormente considerado desnecessário, a não ser, em alguns casos, como método contraceptivo. Configura-se, então, uma gestão do risco e adaptação a uma sexualidade medicalizada. Em entrevistas com os parceiros, a descrição da rotina sexual possibilitou pistas para entender um complexo quadro de normas e valores sobre sexualidade e doença. Os dados revelaram que o exercício da sexualidade é objeto de exame por parte das instâncias de saúde, bem como da família. A doença é capaz de promover mecanismos de controle ao obrigar declarações sobre as atividades sexuais. Na reorganização

biográfica dos casais sorodiscordantes, médicos, psicólogos e outros profissionais de saúde passam a desempenhar um papel de fiscalização da vida cotidiana. No entanto, os entrevistados por vezes percebem esta intervenção como invasiva, apesar dela não ser suficiente para atender indecisões sobre o que pode ou não ser feito. Os soropositivos permanecem com dúvidas sobre o que pode ou não ser feito. Paradoxalmente, eles referem receio de conversar explicitamente com os profissionais de saúde sobre seus desejos e suas práticas. Este dado, mencionado por muitos entrevistados, revela a inexistência de espaço, na consulta médica, para o diálogo sobre estas questões. A família é também referida como agência de controle sobre o exercício da sexualidade. Um informante soronegativo explicou que sua mãe sempre pergunta a eles: “vocês estão usando sempre camisinha?”, o que evidencia uma tutela em torno da sexualidade por terceiros, fora do âmbito conjugal.

Falar sobre sexo pode constranger e provocar risos. De fato, foi o que ocorreu em algumas entrevistas. Entretanto, a coleta de informações sobre as práticas sexuais não foi tão difícil. Em quase todas as entrevistas, os informantes responderam às perguntas, sendo os homens menos inibidos que as mulheres. Outros aspectos a serem levados em conta concernem ao sexo, à raça/cor, inserção social e idade do entrevistador. Ao responder perguntas sobre sexo, os entrevistados acionam determinadas regras sociais, como o “respeito”, a distância em relação à pesquisadora, ou, ainda, a possibilidade de julgamento da escolha do objeto de pesquisa.

Na semana em que concluí a redação desta tese, encontrei com o médico de um dos casais entrevistados. Perguntei sobre o casal, e obtive como resposta: “ele (soropositivo) se separou dela, e disse que agora estava feliz porque havia encontrado “uma *igual* a ele”: uma moça soropositiva, que conheceu no serviço de saúde”. Para este casal, a diferença sorológica constituía um problema, produzindo um afastamento dos parceiros. Este exemplo, somado a outros casos, nos quais há tensões entre os sujeitos e suas famílias, evidencia que a AIDS ainda é tida como um problema grave e estigmatizante. A relação sorodiscordante é socialmente temida, tanto pela possibilidade de infecção, quanto pela desqualificação do relacionamento entre pessoas marcadas socialmente como diferentes (Maksud, 2002). Em concordância com Knauth (2002), afirma-se aqui que o casal sorodiscordante é uma diferença difícil de ser aceita, de forma análoga a outras situações de diferença social, como uniões inter-raciais. No caso da sorodiscordância, o que está em questão é a aceitação de uma união entre uma pessoa “saudável” e outra “doente” (Knauth, 2002:38).

Ao explicitar o discurso sobre os significados da sorodiscordância, esta tese buscou contribuir para a compreensão do estigma que cerca o HIV/AIDS na sociedade brasileira. Espera-se que a assistência em saúde possa beneficiar-se da complexa teia de significados da vida privada, em parte aqui expostos, capaz de relativizar o pragmatismo e o racionalismo das práticas de saúde pública.

Referências bibliográficas

ABIA. SOS Corpo. Panos Institute. *Tripla ameaça: AIDS e mulheres: Dossiê Panos*. Rio de Janeiro, 1993. 128 p.

ABIA. *Folhas Informativas*. Rio de Janeiro, 2006.

ADAM, P.; HERZLICH, C. *Sociologia da doença e da medicina*. São Paulo: Edusc, 2001.

ARIÈS, P.; BÉJIN, A. *Sexualidades ocidentais*. São Paulo: Brasiliense, 1987.

AYRES, J. R. Práticas educativas e prevenção de HIV/AIDS: lições aprendidas e desafios atuais. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v.6, n.11, p. 11-24, ago. 2002.

AYRES, J. R. de C. M. Debate sobre o artigo de Fry et al. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, 2007.

BARBIERI, T. *Sobre a categoria gênero: uma introdução teórico-metodológica*. Recife: SOS Corpo, 1992.

BAJOS, N. et.al. (org.) *La sexualité aux temps du SIDA*. Paris: Presses Universitaires de France, 1998.

BAJOS, N. Les risques de la sexualité. In: BAJOS, N. et.al. (org.) *La sexualité aux temps du SIDA*. Paris: Presses Universitaires de France, 1998.

BAJOS, N.; MARQUET, J., 2000. Research on HIV sexual risk: Social relations-based approach in a cross-cultural perspective. *Social Science and Medicine*, 50:1533-1546.

BARBOSA, R. *Mulheres, reprodução e AIDS: as tramas da ideologia na assistência à saúde de gestantes HIV+*. Tese (Doutorado), Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2001.

BARBOSA, R.M.; KNAUTH, D. Esterilização feminina, AIDS e cultura médica. Os casos de São Paulo e Porto Alegre. Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, vol.19, suppl.2, Rio de Janeiro, 2003.

BASTOS, F. I. *Ruína & Reconstrução: AIDS e drogas injetáveis na cena contemporânea*. Rio de Janeiro: ABIA; IMS/UERJ; Relume-Dumará, 1996. 242 p. (História Social da AIDS, 6).

BASTOS, F.I. *Feminização da epidemia de AIDS no Brasil*. Determinantes estruturais e alternativas de enfrentamento. Rio de Janeiro: ABIA, 2000. (Coleção ABIA, Saúde Sexual e Reprodutiva 3).

BECKER, H. *Outsiders. Studies in the sociology of deviance*. New York: The Free Press, 1963.

_____. *Métodos de pesquisa em Ciências Sociais*. São Paulo: HUCITEC, 1997.

BÉJIN, A. O casamento extraconjugal dos dias de hoje. In: *Sexualidades Ocidentais*. São Paulo: Brasiliense, 1987.

BERGER, P e KELLNER, H. Marriage and the construction of reality. In: DREITZEL, HP (org.) *Recent sociology*, n.2. Nova Iorque, The Macmillan Company, 1970.

BERNSTEIN, B. *Class, codes and control. Towards a theory of educational transmissions*. London, Boston and Henley: Routledge & Kegan Paul., 1977.

BERQUÓ, E. *Pirâmide da solidão: Notas muito preliminares*. Trabalho apresentado no V Encontro Nacional de Estudos Populacionais da Associação Brasileira de Estudos Populacionais (ABEP). Águas de São Pedro, SP, outubro de 1986.

BESSA, M.S. *Os Perigosos: auto-biografias e AIDS*. Rio de Janeiro: ABIA e Aeroplano, 2002.

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO AIDS. Brasília: Ministério da Saúde, ano XIV, n. 01, 1ª à 13ª Semanas Epidemiológicas, janeiro a março de 2001.

BOLTANSKI, L. *As classes sociais e o corpo*. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

BOTT, E. *Família e rede social*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1971.

BOURDIEU, P. *La Distinction. Critique social du jugement*. Paris: Les éditions de minuit, 1979.

_____. *O poder simbólico*. Rio de Janeiro: DIFEL, 1989.

_____. A ilusão biográfica. In: FERREIRA, M.; AMADO, T. (Org.). *Usos e abusos da história oral*. Rio de Janeiro: FGV, 1998.

_____. *A dominação masculina*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002.

_____. *A miséria do mundo*. Rio de Janeiro, Petrópolis: Vozes, 2003.

_____. Condição de classe e posição de classe. In: *Economia das trocas simbólicas*. São Paulo: Perspectiva, 2004.

_____. Gostos de classe e estilos de vida. In: ORTIZ, R. *Pierre Bourdieu. Coleção Grandes Cientistas Sociais, n. 89*. São Paulo: Ática, 1983.

_____. *Pierre Bourdieu entrevistado por Maria Andréa Loyola*. Rio de Janeiro, EDUERJ, 2002.

BOURDIEU, P., PASSERON, J-C., CHAMBOREDON, J-C. *A profissão de sociólogo*. Rio de Janeiro, Petrópolis: Vozes, 2002.

BOZON, M. Sexualidade, conjugalidade e relações de gênero na época contemporânea. *Intersecções – Revista de Estudos Interdisciplinares*, Rio de Janeiro, ano 3, n. 2, p.121-132, jul./dez. 2001.

_____. *Sociologia da sexualidade*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. CNDST/AIDS. *Resposta brasileira ao HIV/AIDS: experiências exemplares*. Brasília, 1999. 180 p.

CARRARA, S. *Tributo a Vênus: a luta contra a sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997.

CAMARGO JR., K. R. de. *Ciências da AIDS & AIDS das ciências: o discurso médico e a construção da AIDS*. Rio de Janeiro: ABIA; IMS/UERJ; Relume-Dumará, 1994. 207 p.

CAMARGO JR., Kenneth Rochel de. Debate sobre o artigo de Fry et al. *Cadernos de Saúde Pública.*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, 2007.

CANDIDO, A. *Parceiros do Rio Bonito*. São Paulo: Duas Cidades/Editora 34, 2001.

CEBRAP. *Comportamento sexual da população brasileira e percepções do HIV/AIDS*. Relatório técnico. Ministério da Saúde, 2000.

CHAUÍ, M. *Repressão sexual: essa nossa (des)conhecida*. São Paulo: Editora Brasiliense, 1991.

CHEQUER, P. [Apresentação] A Strong Response to the HIV/AIDS Epidemic: the Brazilian Example. In: INTERNATIONAL AIDS CONFERENCE, XIII., 2000, Durban, South Africa. Durban, 2000.

COELHO, M.C. *O valor das intenções. Dádiva, emoção e identidade*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006.

CORRÊA, M.V. *Novas tecnologias reprodutivas. Limites da biologia ou biologia sem limites?* Rio de Janeiro, EDUERJ, 2001.

CORRÊA, S.; ÁVILA, M. B. "Direitos Sexuais e Reprodutivos - Pauta Global e Percursos Brasileiros". In BERQUÓ, Elza (org.). *Sexo e Vida - Panorama da Saúde Reprodutiva no Brasil*. Campinas, Editora da Unicamp, 2003.

DANIEL, H.; PARKER, R. G. *Third epidemic: the social response to AIDS in Brazil*. Rio de Janeiro, 1989. 24 f.

DA MATTA, R. *O que faz o brasil, Brasil?* Rio de Janeiro: Rocco, 1984.

_____. *Relativizando*. Rio de Janeiro: Vozes, 1981.

DANIEL, H. *Vida antes da morte*. Rio de Janeiro: ABIA, 1989. 61 p.

DELOR, F. Vie Sexuelle des personnes atteintes, sérodiscordance et risque du SIDA. In: *Séropositivité, vie sexuelle et risque de transmission du VIH*. Paris: ANRS, 1999. Collection Sciences Sociales et SIDA.

DOSSE, F. *História do Estruturalismo 2. O canto do cisne, de 1967 a nossos dias*. São Paulo: Ensaio; Campinas: Editora da Universidade Estadual de Campinas, 1994.

DOUGLAS, M. *Pureza e perigo*. Rio de Janeiro: Perspectiva, 1976.

_____. *Como as instituições pensam*. São Paulo: Edusp, 1998.

DOUGLAS, M.; WILDAVSKY, A. *Risk and culture. An essay on the selection of technological and environmental dangers*. Berkeley: University of California Press, 1983.

DOUGLAS, M.; CALVEZ, M. The self as risk taker: a cultural theory of contagion in relation to AIDS. *Sociological review*, 1992.

DUARTE, L.F.D. *Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor, 1986.

DUARTE, L. F. D. Império dos sentidos: sensibilidade, sensualidade e sexualidade na cultura ocidental moderna. In: HEILBORN, M. L. *Sexualidade: o olhar das Ciências Sociais*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1999.

DUARTE, L.F.D. Investigação antropológica sobre doença, sofrimento e perturbação: uma introdução. In: *Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.

DUARTE, L.F.D.; LEAL, O.F (orgs.) *Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.

DURHAM, E. Família e reprodução humana. In: HEILBORN, M.L. *et al. Perspectivas antropológicas da mulher, n.3*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1983.

_____. Pesquisa antropológica com populações urbanas: problemas e perspectivas. In: CARDOSO, R. *Aventura antropológica: teoria e pesquisa*. 3. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1997.

DURKHEIM, E. *Sociologia e filosofia*. Rio de Janeiro: Forense, 1970.

DUMONT, L.. *Homo Hierarchicus: o sistema de castas e suas implicações*. São Paulo, EDUSP, 1997

ELIAS, N. *O Processo civilizador*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.

_____. *Sobre o tempo*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.

_____. *A solidão dos moribundos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2001.

ELIAS, N.; SCOTSON, J. *Estabelecidos e os outsiders*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2000.

FACCHINI, R. *Sopa de letrinhas?* Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

FARIAS, L.O.P. *Adesão voluntária aos planos de saúde em camadas populares*. Dissertação de mestrado, ENSP/FIOCRUZ, 1999.

_____. *Diagnóstico de equipamentos sociais da Região da Baixada Fluminense*. Brasília, Ministério do Desenvolvimento Social, 2005.

FAÚNDES, D. Reprodução assistida e HIV/AIDS. In: MAKSUD, I.; TERTO JR., V.; PIMENTA, C. et al. (Org.). *Conjugalidade e AIDS: a questão da sorodiscordância e os serviços de saúde*. Rio de Janeiro: ABIA, 2002.

FERREIRA, A.B.H. *Novo Aurélio. O Dicionário da língua portuguesa. Sec.XXI*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

FERREIRA, M.; AMADO, T. (Org.). *Usos e abusos da história oral*. Rio de Janeiro: FGV, 1998.

FONSECA, C. *Família, fofoca e honra*. São Paulo: UNESP, 2003.

FOUCAULT, M. *História da sexualidade: a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

_____. *A mulher/os rapazes da História da Sexualidade*. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra, 1997.

FRY, P. *Para inglês ver: identidade e cultura na política brasileira*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1982.

FRY, P. et al. *AIDS tem cor ou raça? Interpretação de dados e formulação de políticas de saúde no Brasil*. *Cad. Saúde Pública*, Mar 2007, vol.23, no.3, p.497-507

GOFFMAN, E. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 1988.

_____. *A representação do eu na vida cotidiana*. Petrópolis: Vozes, 2003.

_____. A carreira moral do doente mental. In: *Manicômios, prisões e conventos*. Rio de Janeiro: Editora Perspectiva, 2005.

GALVÃO, J. *Estudo antropológico sobre os meios de comunicação e a AIDS*. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social). Museu Nacional, UFRJ, 1992.

_____. *AIDS no Brasil: a agenda de construção de uma epidemia*. Rio de Janeiro: Editora 34, 2000.

GENNEP, A. V. *Os ritos de passagem*. Rio de Janeiro: Vozes, 1978.

GUIMARÃES, C. D. Mais merece! O estigma da infecção sexual pelo HIV/AIDS em mulheres. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, UFSC, v. 4, n.2, 1996.

_____. *AIDS no feminino: por que a cada dia mais mulheres contraem AIDS no Brasil?* Rio de Janeiro: UFRJ, 2001.

_____. *O homossexual visto por entendidos*. Rio de Janeiro: Garamond Universitária, 2004.

GUIMARÃES, A. Z. Introdução. In: GUIMARÃES, A. Z. (Org.). *Desvendando máscaras sociais*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1975.

GRINSZTEJN, B. Prevenção da transmissão vertical. In: MAKSDUD, I.; TERTO JR., V.; PIMENTA, C. *et al.* (Org.). *Conjugalidade e AIDS: a questão da sorodiscordância e os serviços de saúde*. Rio de Janeiro: ABIA, 2002.

HAVERY, H., ORBUCH, T.L., & Weber, A.L. (eds.). *Attributions, accounts, and close relationships*. New York: Springer-Verlag, 1991.

HEILBORN, M. L. Gênero, sexualidade e saúde. In: SILVA, D. P. M. (Org.). *Saúde, sexualidade e reprodução: compartilhando responsabilidades*. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1997. p. 101-110.

_____. "Ser ou estar homossexual": dilemas de construção da identidade social. In: PARKER, R.; BARBOSA, R. (Org.). *Sexualidades brasileiras*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; ABIA, 1999.

_____. (Org.). *Sexualidade: o olhar das Ciências Sociais*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1999.

_____. *Dois é par: gênero e identidade sexual em contexto igualitário*. Rio de Janeiro: Editora Garamond, 2004.

HEILBORN, M. L.; GOUVEIA, P. "Marido é tudo igual": mulheres populares e sexualidade no contexto da AIDS. In: PARKER, R.; BARBOSA, R. M. *Sexualidades pelo avesso: direitos, identidade e poder*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; Editora 34, 1999.

HEILBORN, M.L. e BRANDÃO, E.R. Ciências sociais e sexualidade. In: HEILBORN, M. L. (Org.). *Sexualidade: o olhar das Ciências Sociais*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1999.

HEILBORN, M.L; CABRAL, C.; BOZON, M. Valores sobre sexualidade e elenco de práticas: tensões entre modernização diferencial e lógicas tradicionais. In: HEILBORN, M.L. et. al. *O Aprendizado da sexualidade. Reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros*. Rio de Janeiro, Garamond e Fiocruz, 2006.

HERITIER, F. Verbete parentesco. *Enciclopédia Einaudi*, vol. 20. Lisboa.

KAUFMANN, J. C. Construção dos hábitos conjugais e sexualidade. *Intersecções – Revista de Estudos Interdisciplinares*, UERJ, Rio de Janeiro, ano 3, n. 2, p.121-132, jul./dez. 2001.

KIPPAX, S. et. Al. Seroconversion in context, *AIDS Care* 15, 2003.

KNAUTH, D. R. *AIDS, reprodução e sexualidade: uma abordagem antropológica das mulheres contaminadas pelo vírus da Aids*. Relatório Final. II Prodir. Fundação Carlos Chagas/Fundação MacArthur, 1996.

_____. O vírus procurado e o vírus adquirido. *Revista Estudos Feministas*, UFSC, Florianópolis, v. 5, n. 2, 1997.

_____. Morte masculina: homens portadores do vírus da AIDS sob a perspectiva feminina. In: DUARTE, L. F.; LEAL, O. F. (Org.). *Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1998.

_____. Comentários. In: MAKSUD, I.; TERTO JR., V.; PIMENTA, C. *et al.* (Org.). *Conjugalidade e AIDS: a questão da sorodiscordância e os serviços de saúde*. Rio de Janeiro: ABIA, 2002.

_____. As implicações éticas da pesquisa antropológica: uma reflexão a partir do caso da AIDS. In: VICTORA, C. *et al.* (Org.). *Antropologia e ética: o debate atual no Brasil*. Niterói: Ed. da UFF; ABA, 2004.

KNAUTH, D. R. *et al.* Cultura médica e decisões reprodutivas entre mulheres infectadas pelo vírus da AIDS. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v. 6, n. 11, p. 39-54, ago. 2002.

LAGO, R. F. Bissexualidade masculina: uma identidade negociada? In: HEILBORN, M. L. (Org.). *Sexualidade: o olhar das Ciências Sociais*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora, 1999.

LAUMANN, E.; GAGNON, J.; MICHAEL, R. *et al.* *The social organization of sexuality. Sexual practices in the United States*. Chicago e Londres: The University of Chicago Press, 2000.

LEAL, A.F. Práticas sexuais no contexto da conjugalidade: o que implica a intimidade? In: HEILBORN, M.L. *et. al.* *Sexualidade, família e ethos religioso*. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

LEVI, G. Usos da biografia. In: FERREIRA, M.; AMADO, T. (Org.). *Usos e abusos da história oral*. Rio de Janeiro: FGV, 1998.

LÉVI-STRAUSS. *As estruturas elementares do parentesco*. Petrópolis: Vozes, 1971.

_____. O feiticeiro e sua magia. In: *Antropologia Estrutural*. Petrópolis, Vozes, 1975.

LE BRETON, D. *Les passions ordinaires. Anthropologie des émotions*. Paris: Petite Bibliothèque Payot, 2004.

LOYOLA, M. A. (Org.). *Aids e sexualidade: o ponto de vista das ciências humanas*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.

LOYOLA, M. A. Sexualidade e medicina: a revolução do século XX. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, jun./jul. 2003.

LUPTON, D. Taming Uncertainty: risk discourse and diagnostic testing. In: *The imperative of health. Public Health and the regulated body*. London; Thousand Oaks; New Delhi: Sage Publications, 1995. p. 77-105.

MÊNDES-LEITE, R.; BANENS, M. *Vivre avec le VIH*. Paris: Calmann-lévy, 2006.

MACHADO, M.D. *Carismáticos e pentecostais. Adesão religiosa na esfera familiar*. Campinas: Editores Autores Associados e ANPOCS, 1996.

_____. Representações e relações de gênero nos grupos pentecostais. *Revista Estudos Feministas*, maio-agosto, ano/vol.13, n.2, 2005.

MAKSUD, I. Relacionamentos conjugais em tempos de AIDS: alguns aspectos relativos à sorodiscordância. In: SANTOS, T. F. *Saúde sexual e reprodutiva: uma abordagem multidisciplinar*. Recife: Fundação Joaquim Nabuco; Editora Massangana, 2002.

_____. Notas sobre mídia e relacionamentos sorodiscordantes. In: UZIEL, A.; RIOS, L. F.; PARKER, R. (Org.). *Construções da sexualidade: gênero, identidade e comportamento em tempos de AIDS*. Rio de Janeiro: Pallas, 2004.

MAKSUD, I.; TERTO JR., V.; PIMENTA, C. *et al.* (Org.). *Conjugalidade e AIDS: a questão da sorodiscordância e os serviços de saúde*. Rio de Janeiro: ABIA, 2002.

MALERBA, J. Ensaio sobre o tempo. *Estudos históricos*, Rio de Janeiro, vol.7, n.14., 1994, p. 300-304.

MALINOWSKI, B. Objeto, método e alcance desta pesquisa. In: GUIMARÃES, A. Z. (Org.) *Desvendando máscaras sociais*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1975.

MANN, J. *et al.* *AIDS in the world*. London: Global AIDS Policy Coalition, 1992.

MARTIN, D. *Mulheres e AIDS: uma abordagem antropológica*. Dissertação de mestrado. São Paulo, Universidade de São Paulo, 1995.

MACHADO, P.S. *Muitos pesos e muitas medidas: um estudo antropológico sobre as representações masculinas na esfera das decisões sexuais e*

reprodutivas. Dissertação de mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2003.

MAUSS, M. *As técnicas corporais: sociologia e antropologia*. São Paulo: EPU; EDUSP, 1974.

_____. *Ensaio de sociologia*. São Paulo: Perspectiva, 2001.

_____. *Ensaio sobre a dádiva*. Cosac & Naify, 2004.

MAXWELL; BOYLE. Risky heterosexual practices amongst women over 30: gender, power and long term relationships. *AIDS CARE*, v. 7, n. 3, 1995.

MENEZES, R.A. *Em busca da “boa morte”: uma investigação sócio-antropológica sobre cuidados paliativos*. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva), Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2004.

MONTEIRO, S. *Qual prevenção? Aids, gênero e sexualidade em uma favela carioca*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

MOUTINHO, L. *Razão, “cor” e desejo*. São Paulo: UNESP, 2003.

MUXEL, A. *Individu et mémoire familiale*. Paris: Nathan, 2002.

NATIVIDADE, M; GOMES, E. Para além da família e da religião: segredo e exercício da sexualidade. *Religião e Sociedade*, Rio de Janeiro, 26 (2):41-58, 2006.

NEVES, L. M. W.; PRONKO, M. A.; MENDONÇA, S. R. Verbetes Capital Cultural e Capital Social. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (org.). *Dicionário da educação profissional em saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2006. 308 p.

ORTNER, S.; WHITEHEAD, H. *Sexual meanings: the cultural constructions of gender and sexuality*. London: Cambridge University Press, 1981.

OLHAR SOBRE A MÍDIA. Boletim. CCR, 1996.

PAICHELLER, G. *Perception of HIV risk preventive strategies: a dynamic analysis*. London; Thousand Oaks; New Delhi: Sage Publications, 1999.

PAIVA, V. et.al. Sem direito de amar? A vontade de ter filhos entre homens (e mulheres) vivendo com o HIV. *Psicologia USP*, vol.13, n.2, São Paulo, 2002.

PAIXAO, Marcelo; LOPES, Fernanda. Debate sobre o artigo de Fry et al. *Cadernos de Saúde Pública.*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, 2007.

PARKER, R. *Corpos, prazeres e paixões*. São Paulo: Best Seller, 1991.

_____. *Na contramão da AIDS: sexualidade, intervenção, política*. Rio de Janeiro; Sao Paulo: ABIA; Ed. 34, 2000.

PARKER, R.; HERDT, G.; CARBALLO, M. Cultura sexual, transmissão do HIV e pesquisas sobre a AIDS. In: CZERESNIA, D. *AIDS: pesquisa social e educação*. São Paulo; Rio de Janeiro: Editora HUCITEC; ABRASCO, 1995.

PARKER, R.; BARBOSA, R. *Sexualidades brasileiras*. Rio de Janeiro: ABIA; IMS/UERJ; Relume-Dumará, 1996. 234 p.

PARKER, R.; CAMARGO JR. Pobreza e HIV/AIDS. Aspectos antropológicos e sociológicos. *Cadernos de Saúde Pública*, 16 (Supl1):89-102, 2000.

PARKER, R.; CAMARGO JR., K. AIDS em tempos de globalização. *Boletim ABIA*, Rio de Janeiro, jan./mar. 2000.

PARKER, R.; AGGLETON, P. *Estigma, discriminação e AIDS*. Rio de Janeiro: ABIA, 2001. (Coleção ABIA. Cidadania e Direitos, nº 1).

PARKER, R.; GALVAO, J. [Orgs.]. *Quebrando o silêncio: mulheres e AIDS no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: ABIA : IMS/UERJ, 1996. 206 p. (Coleção História Social da AIDS, n.7).

PASSARELLI, C.; SPINK, M. J. *Images of the sero-dissidence* (abstract). 2nd European Conference on the Methods and Results of Social and Behavioural Research on Aids, Paris, Jan. 1998. p. 91

PASSARELLI, C.; PARKER, R.; PIMENTA, C. [Org.]. AIDS e desenvolvimento: interfaces e políticas públicas. In: SEMINÁRIO "HIV/AIDS E DESENVOLVIMENTO", Brasília, 13 e 14 de novembro de 2002. Rio de Janeiro: ABIA, 2003. 298 p.

PIERRET, J. Elementos para reflexão sobre o lugar e o sentido da sexualidade na sociologia. In: LOYOLA, M. A. *A sexualidade nas ciências humanas*. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998.

PETO, D., REMY, J., Van CAMPENHOND L., HUBERT M., *SIDA: L'amour face à la peur*, L'Harmattan/Logiques Sociales, Paris, 1992.

POLEJACK, L. *Convivendo com a diferença: dinâmica relacional de casais sorodiscordantes para HIV/AIDS*. 2001. Dissertação (Mestrado), Departamento de Psicologia, UnB, Brasília, 2001.

POLLAK, M. *Os homossexuais e a AIDS*. São Paulo: Estação Liberdade, 1988.

_____. Memória e identidade social. *Estudos históricos*. Rio de Janeiro, vol.5, n.10, 1992. 200-212.

RADCLIFFE-BROWN. O método comparativo em antropologia social. In: GUIMARÃES, A. Z. (Org.) *Desvendando máscaras sociais*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1975.

RAXACH, J. C.; LIMA, D. B.; GUIMARÃES, M. et al. [Org.]. *Qualidade de vida para pessoas vivendo com HIV/AIDS: aspectos políticos, sócio-culturais e clínicos*. Rio de Janeiro: ABIA, 2004.

REMIEN, R. Uma revisão dos desafios para casais sorodiscordantes e questões de Saúde Pública: implicações para intervenções. In: MAKSUD, I.; TERTO JR., V.; PIMENTA, C. et al. (Orgs.). *Conjugalidade e AIDS: a questão da sorodiscordância e os serviços de saúde*. Rio de Janeiro: ABIA, 2002.

RODRIGUES, J.C. *Tabu do corpo*. São Paulo: Achiamé, 1983.

ROGERS, S. J. Parter notification with HIV-infected drug users: results os formative research. *AIDS CARE*, v. 10, n. 4, p. 415-429, 1998.

ROHDEN, F. Prevenção e reprodução no contexto do HIV/AIDS – comentários. In: MAKSUD, I.; TERTO JR., V.; PIMENTA, C. et al. (Orgs.). *Conjugalidade e AIDS: a questão da sorodiscordância e os serviços de saúde*. Rio de Janeiro: ABIA, 2002.

RUSSO, J. A construção social do corpo: desnaturalização de um pressuposto médico. In: PITANGUY, J. *Saber Médico, corpo e sociedade*. Rio de Janeiro, 1998. Cadernos CEPIA, 4.

RUSSO, J.; COELHO, T. Psicanálise e casamento. In: FIGUEIRA, S.; VELHO, G. (Orgs.). *Família, psicologia e sociedade*. Rio de Janeiro: Editora Campus, 1981.

SALEM, T. *Sobre o casal grávido: incursão em um universo ético*. 1987. Tese (Doutorado), Museu Nacional, Rio de Janeiro, 1987.

SANTOS, M.S. *Memória coletiva e teoria social*. São Paulo: Editora Annablume, 2003.

SARTI, C.A. *A Família como espelho. Um estudo sobre a moral dos pobres*. São Paulo, Editores Associados, 1983.

SEFFNER, F. *Derivas da masculinidade: representação, identidade e diferença no âmbito da masculinidade bissexual*. Tese (Doutorado em Educação), Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2003.

SCOTT, J. Gender as useful category of historical analysis. In: PARKER, R. AGGLETON, P. *Culture, society and sexuality: a reader*. London: UCL Press, 1999.

SEGALEN, M. *Ritos e rituais contemporâneos*. Rio de Janeiro: FGV, 2002.

SHILTZ, M. Seropositivité, sexualité et risques. In: *Séropositivité, vie sexuelle et risque de transmission du VIH. Collection Sciences Sociales et SIDA*, ANRS, septembre 1999.

SIMON, W.; GAGNON, J. Sexual scripts. In: PARKER, R.; AGGLETON, P. *Culture, society and sexuality: a reader*. UCL Press, Taylor & Francis Group, 1999.

SIMMEL, G. *Filosofia do amor*. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

_____. El secreto y la sociedad secreta. *Sociología. Estudios sobre las formas de socialización*. Alianza Editorial, s/d

SINGLY, F. *Livres juntos. O individualismo na vida comum*. Lisboa: Publicações Dom Quixote, 2003.

TEIXEIRA, P. R. Políticas públicas em AIDS. In: PARKER, R. (Org.). *Políticas, instituições e AIDS: enfrentando a epidemia no Brasil*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.; ABIA, 1997. p. 43-68.

TERTO JR., V. Homossexuais soropositivos e soropositivos homossexuais: questões da homossexualidade masculina em tempos de AIDS. In: PARKER, R.; BARBOSA, R. *Sexualidades brasileiras*. Rio de Janeiro: ABIA; IMS/UERJ; Relume-Dumará, 1996. p. 90-104.

TERTO JR., V. *Reiventando a vida: histórias sobre homossexualidade e AIDS no Brasil*. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva), Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1997.

TERTO JR., V.; REMIEN, B.; PARKER, R. *HIV and relationships: meeting the needs and challenges for couples*. Nova Iorque; Brasil, março de 1999. Paper não publicado.

UNAIDS. *Social marketing: an effective tool in the global response to HIV/AIDS*. [S.l.], 1998. 19 p. (UNAIDS Best Practice Collection).

VAITSMAN, J. *Flexíveis e plurais: identidade, casamento e família em circunstâncias pós-modernas*. Rio de Janeiro: Rocco, 1994.

VANCE, C. A antropologia redescobre a sexualidade. Um comentário teórico. *Physis. Revista de Saúde Coletiva*. Vol.5, n.1, 1995.

VAUGHAN, D. *Uncoupling. How relationships come apart*. Nova Iorque: Vintage Books, 1987.

VELHO, G. Cotidiano e política num prédio de conjugados. In: *Individualismo e Cultura. Notas para uma antropologia da sociedade contemporânea*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1987.

_____. Prestígio e ascensão social: dos limites do individualismo na sociedade brasileira. In: *Individualismo e Cultura. Notas para uma antropologia da sociedade contemporânea*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar editor, 1987.

VÍCTORA, C.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. N. A. *Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema*. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

VÍCTORA, C.; OLIVEN, R. G.; MACIEL, M. E. *et al.* (Org.). *Antropologia e ética: o debate atual no Brasil*. Niterói: ABA, EDUFF, 2004.

WILLIAMS, A.B. *et al.* Methadone maintenance treatment and HIV type 1 seroconversion among injecting drug users. *AIDS Care*, vol. 4, no 1, 1992.

SITES CONSULTADOS

Programa Nacional de DST e Aids: www.aids.gov.br

Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA): www.abiaids.org.br

Anexos

1. ROTEIROS DE ENTREVISTA

**Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)
Instituto de Medicina Social
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva**

Roteiro 1: para membro soropositivo do par

Local de realização da entrevista:
Unidade de saúde em que é atendido:
Data:

1. Informações sócio-demográficas

Nome:
Sexo:
Idade:
Cor:
Local de moradia:
Ocupação:
Escolaridade:
Renda aproximada:
Parceria:
No de filhos:

2. Descoberta da soropositividade

Vamos voltar um pouco no tempo e falar sobre o início do HIV/AIDS em sua trajetória...Desde quando o (a) senhor (a) sabe que é soropositivo? Como descobriu que era soropositivo? Fez o teste? Por quê? Sabe como adquiriu o vírus?

Tinha conhecimentos sobre o HIV/AIDS antes de se saber soropositivo? Que conhecimentos eram esses e como os adquiriu?

Quem lhe informou sobre sua soropositividade? Poderia falar um pouco sobre esse momento?

O que pensou ao receber o diagnóstico de soropositividade? Como foi sua reação?

Receber o diagnóstico de soropositividade alterou alguma coisa na sua vida? Se sim, o que e por quê?

O senhor (a) tinha, no momento da realização do teste, algum (a) parceiro (a)? Poderia falar um pouco sobre essa relação?

Essa pessoa também fez o teste? Por quê? (Se sim, de quem partiu a sugestão do teste e por quê)

Vocês ainda mantêm algum tipo de relação? Como é essa relação?

3. Vida afetivo-sexual

Atualmente o (a) senhor (a) se relaciona conjugalmente com alguém? De que forma?

Como, quando e aonde conheceu seu atual parceiro(a)?

Como define sua relação com seu parceiro (a)? (tipo de vínculo)

Conheceu seu parceiro (a) antes ou depois do diagnóstico de soropositividade?

Como seu parceiro ficou sabendo de sua soropositividade?

Como foi contar para essa pessoa sobre o vírus? (Caso se aplique)

Qual foi a reação do seu (sua) parceiro (a) ao saber de sua soropositividade?

Seu parceiro (a) sabe a “verdade” sobre a aquisição do vírus?

O que representa o (a) seu (sua) parceiro (a) em sua vida?

O relacionamento mudou após o diagnóstico? Se sim, em que e por quê?

O que representa namorar alguém que tenha uma sorologia diferente da sua?

Que tipos de carinho o senhor (a) gosta de receber e fazer quando está namorando?

Faz isso com seu parceiro?

O senhor (a) e seu (sua) parceiro (a) beijam na boca?

O senhor (a) e seu (sua) parceiro (a) fazem sexo? Poderia descrever que tipo de contatos sexuais vocês têm?

O que mais gosta de fazer com seu (sua) parceiro (a)?

O senhor (a) acha que pode transmitir o HIV ao seu (sua) parceiro? De que modo e por quê?

Há alguma prática sexual da qual o senhor (a) goste mas evite por receio da transmissão do vírus?

O senhor (a) já sentiu medo de alguma situação? Poderia comentar?

O senhor (a) faz uso de drogas?

O que o senhor (a) acha do uso de preservativos?

O senhor (a) e seu (sua) parceiro (a) usam preservativos? Caso sim: Em todas as relações?

O senhor (a) e seu (sua) parceiro utilizavam preservativo antes do diagnóstico da soropositividade? Por quê? Se não, como foi passar a usar a camisinha?

O senhor (a) e sua (seu) parceiro (a) já deixaram de usar preservativo alguma vez? Quando e por quê? Que tipo de relação era (relação sexual vaginal, anal, oral)?

O HIV mudou alguma coisa em seu relacionamento sexual? Caso sim, o quê?

O senhor (a) tem outros relacionamentos afetivo-sexuais? Se sim, o que representa a soropositividade? Utiliza preservativo nessas relações? Poderia falar sobre?

O que acha do fato de pessoas soropositivas terem filhos?

O senhor (a) tem filhos com seu parceiro (a) atual? Planeja ter?

4. Cotidiano, família e HIV/AIDS

De uma maneira geral, como é conviver no cotidiano com o HIV?

O HIV/AIDS trouxe algum tipo de mudança em sua vida? Poderia falar sobre?

Poderia falar, de forma resumida, sobre o que representa a rotina de consultas, exames e medicamentos em sua vida?

Com quem o senhor (a) mora atualmente?

Quem na sua casa sabe de sua soropositividade? Como e por que contou para essas pessoas?

E o restante da sua família, quem sabe de sua soropositividade?

O senhor (a) tem amigos? Quem são eles? (círculo de sociabilidade)

Esses amigos sabem de sua soropositividade? Por quê?

No seu trabalho, alguém sabe que o (a) senhor (a) é soropositivo (a)? Desde quando e por quê?

Que locais o senhor (a) freqüenta, além do trabalho? (lazer e circuitos de sociabilidade)

Família e amigos sabem que o senhor (a) tem um parceiro (a)? Eles sabem que seu parceiro (a) tem sorologia negativa para o HIV?

O que eles acham do seu envolvimento com essa pessoa?

Como é a sua relação com a família do seu parceiro?

A família do seu parceiro soronegativo sabe que o senhor (a) é soropositivo? Se sim, como ficaram sabendo? Alguma vez eles já teceram comentários sobre esse fato? Poderia falar um pouco sobre isso?

Alguma vez o senhor (a) e seu (sua) parceiro (a) pensaram em romper a relação com seu (sua) parceiro (a) por conta do HIV/AIDS? (Caso sim, de quem partiu a intenção e por quê?)

O senhor tem planos para o futuro? Poderia falar sobre?

5. Grupos de apoio, terapia e outros recursos

Alguma vez já fez terapia, análise ou freqüentou alguma espécie de grupo de apoio para pessoas soropositivas? Poderia falar sobre?

Tem conhecimento que existem organizações que trabalham na luta contra a AIDS? O que acha delas? Já pensou em procurar alguma? Por quê?

Gostaria de falar algo mais e fazer considerações sobre essa entrevista?

**Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)
Instituto de Medicina Social
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva**

Roteiro 2: para membro soronegativo do par

Local de realização da entrevista:

Data:

1. Informações sócio-demográficas

Nome:

Sexo:

Idade:

Cor:

Local de moradia:

Ocupação:

Escolaridade:

Renda aproximada:

Parceria:

No de filhos:

2. O recebimento da notícia da soropositividade do parceiro

Como, quando e aonde conheceu seu atual parceiro(a)?

Como define sua relação com seu parceiro (a)? (tipo de vínculo)

Conheceu seu parceiro (a) antes ou depois do diagnóstico de soropositividade?

Como ficou sabendo de sua soropositividade de seu parceiro (a)?

Qual foi sua reação ao saber da soropositividade de seu parceiro (a)?

O que sabe sobre a soropositividade de seu parceiro (a)?

Tinha conhecimentos sobre o HIV/AIDS antes de saber que seu (sua) parceiro (a) é soropositivo (a)? Que conhecimentos eram esses e como os adquiriu?

O que pensou ao receber o diagnóstico de soropositividade do seu (sua) parceiro (a)? Como foi sua reação?

Receber o diagnóstico de soropositividade de seu parceiro (a) alterou alguma coisa na sua vida? Se sim, o que e por quê?

Alguma vez o senhor (a) pensou que seu (sua) parceiro (a) poderia ter o vírus HIV?

E quanto a você?

Alguma vez o senhor (a) fez o teste? Por quê? (Se sim, de quem partiu a sugestão do teste e por quê) E após a revelação? Faz o teste? Com qual frequência? Como é fazer o teste?

O que representa o (a) seu (sua) parceiro (a) em sua vida?

O relacionamento mudou após o diagnóstico? Se sim, em que e por quê? (Caso se aplique)

O que representa namorar alguém que tenha uma sorologia diferente da sua?

Que tipo de carinho o senhor (a) gosta de receber e fazer quando está namorando?

Faz isso com seu (sua) parceiro (a)?

O senhor (a) e seu (sua) parceiro (a) beijam na boca?

O senhor (a) e seu (sua) parceiro (a) fazem sexo? Poderia descrever que tipo de contatos sexuais vocês têm?

O que mais gosta de fazer com seu (sua) parceiro (a)?

O senhor (a) acha que pode adquirir o HIV do seu (sua) parceiro? De que modo e por quê?

Há alguma prática sexual da qual o senhor (a) goste mas evite por receio da transmissão do vírus?

O senhor (a) já sentiu medo de alguma situação? Poderia comentar?

O senhor (a) faz uso de drogas?

O que o senhor (a) acha do uso de preservativos?

O senhor (a) e seu (sua) parceiro (a) usam preservativos? Caso sim: Em todas as relações?

O senhor (a) e seu (sua) parceiro utilizavam preservativo antes do diagnóstico da soropositividade? Por quê? Se não, como foi passar a usar a camisinha?

O senhor (a) e sua (seu) parceiro (a) já deixaram de usar preservativo alguma vez? Quando e por quê? Que tipo de relação era (relação sexual vaginal, anal, oral)?

O HIV mudou alguma coisa em seu relacionamento sexual? Caso sim, o quê?

O senhor (a) tem outros relacionamentos afetivo-sexuais? Utiliza preservativo nessas relações? Poderia falar sobre?

O que acha do fato de pessoas soropositivas terem filhos?

O senhor (a) tem filhos com seu parceiro (a) atual? Planeja ter?

4. Cotidiano, família e HIV/AIDS

Com quem o senhor (a) mora atualmente?

Quem na sua casa sabe da soropositividade de seu (sua) parceiro (a)? Como e por que contou para essas pessoas?

E o restante da sua família: quem sabe da soropositividade de seu (sua) parceiro (a)?

De uma maneira geral, como é conviver no cotidiano com alguém que é portador do vírus HIV?

Participa da rotina de consultas, exames e medicamentos de seu (sua) parceiro (a)? Como?

O senhor (a) tem amigos? Quem são eles? (círculo de sociabilidade)

Esses amigos sabem da soropositividade de seu (sua) parceiro (a)? Por quê?

O que eles acham do seu envolvimento com essa pessoa?

Como é a sua relação com a família do seu parceiro?

Alguma vez o senhor (a) e seu (sua) parceiro (a) pensaram em romper a relação por conta do HIV/AIDS? (Caso sim, de quem partiu a intenção e por quê?)

O senhor (a) tem planos para o futuro? Poderia falar sobre?

5. Grupos de apoio, terapia e outros recursos

O que acha sobre terapia, análise ou grupos de apoio para pessoas soropositivas? Poderia falar sobre?

Tem conhecimento que existem organizações que trabalham na luta contra a AIDS? O que acha delas? Por quê?

Gostaria de falar algo mais e fazer considerações sobre essa entrevista?

Casais sorodiscordantes: conjugalidade, práticas sexuais e HIV/AIDS

Quadro de sistematização comparada

Nomes:

Local e Data da Entrevista:

RESUMO DAS RESPOSTAS – PARCEIRO (A) SOROPOSITIVO (A)	RESUMO DAS RESPOSTAS – PARCEIRO (A) SORONEGATIVO (A)
Informações sócio-demográficas	Informações sócio-demográficas
Nome: Idade: Cor: Escolaridade: Ocupação: Local de Moradia: Religião: Tipo de vínculo: Renda:	Nome: Idade: Cor: Escolaridade: Ocupação: Local de Moradia: Religião: Tipo de vínculo: Renda:
1.Descoberta da soropositividade:	1.Descoberta da soropositividade do (a) parceiro (a):
2.Conhecimentos anteriores sobre HIV:	2.Conhecimentos anteriores sobre HIV:
3.Parceiros (as) no momento da realização do teste?	3.Não se aplica
4.Como conheceu seu (sua) parceiro (a) atual?*	4. Não se aplica

Como define tipo de vínculo?	
5.Como foi contar para o (a) parceiro (a) atual sobre a soropositividade (caso se aplique). Reações?	5.Como ficou sabendo da soropositividade do parceiro (a)? O que pensou? Reações?
6. Não se aplica	6.Alguma vez pensou que o (a) parceiro (a) pudesse ter o vírus HIV? E quanto a si próprio)?
7. Não se aplica	7.Realização de testes HIV:
8.Mudanças e impactos decorrentes do diagnóstico (inclusive sexual, se for o caso):	8.Mudanças e impactos decorrentes do diagnóstico positivo do parceiro (a) (inclusive sexual, se for o caso):
9.Significado do parceiro (a) em sua vida:	9.Significado do parceiro (a) em sua vida:
10.Contatos sexuais que têm com o (a) parceiro (a):	10.Contatos sexuais que têm com o (a) parceiro (a):
11.O que mais gosta de fazer sexualmente:	11.O que mais gosta de fazer sexualmente:
12.Acha que pode transmitir o HIV ao (à) seu (sua) parceiro (a)? Receios?	12.Acha que pode adquirir o HIV do (a) parceiro (a)? Receios?
13.Práticas sexuais interdidas:	13.Práticas sexuais interdidas:
14.Opiniões sobre o uso de preservativo:	14.Opiniões sobre o uso de preservativo:
15.Uso de preservativos (antes e depois? Como foi passar a usar? Em todas as relações? Em todas as práticas?)	15.Uso de preservativos (antes e depois? Como foi passar a usar? Em todas as relações? Em todas as práticas?)
16.Outras relações? Uso de preservativos?	16.Outras relações? Uso de preservativos?

17.Tem filhos com o parceiro?	17.Tem filhos com o parceiro?
18.O que acha sobre soropositividade e reprodução?	18.O que acha sobre soropositividade e reprodução?
19.Sobre a moradia:	19.Sobre a moradia:
20.Quem sabe sobre sua soropositividade? Em sua casa? E sua família de origem? Na família do (da) seu (sua) parceiro (a)? Amigos?	20.Quem sabe sobre a soropositividade do (a) parceiro (a) em sua casa? E em sua família de origem? Amigos?
21.Relação com a família do (a) parceiro (a).	21.Relação com a família do (a) parceiro (a):
22.Como é o cotidiano de uma pessoa soropositiva?	22.Como é conviver no cotidiano com uma pessoa soropositiva?
23.Rotina de consultas, exames e medicamentos:	23.Rotina de consultas, exames e medicamentos do (a) parceiro (a):
24.Tentativa de separação devido ao HIV?	24.Tentativa de separação devido ao HIV?
25.Considerações sobre terapia, análise, grupos de apoio; conhecimentos sobre ONGs.	25.Considerações sobre terapia, análise, grupos de apoio; conhecimentos sobre ONGs.
26.Uso de drogas:	26. Não se aplica
27.Planos para o futuro?	27.Planos para o futuro?

3.TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

CONJUGALIDADE, PRÁTICAS SEXUAIS E DIVERGÊNCIA SOROLÓGICA PARA O HIV/AIDS

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Equipe de Pesquisa: Ivia Maksud (Doutoranda – IMS/UERJ)
Dra. Maria Luiza Heilborn (Prof. Adjunta – IMS/UERJ)

Colaboração Institucional: Nilo Fernandes (IPEC/FIOCRUZ)

A pesquisa “Conjugalidade e divergência sorológica para o HIV” está sendo desenvolvida pela doutoranda Ivia Maksud no âmbito do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. O estudo está sendo orientado pela Dra. Maria Luiza Heilborn, professora adjunta dessa universidade.

Trata-se de um estudo sociológico para conhecer a experiência de homens e mulheres soropositivos para o HIV que tenham (ou tenham tido) relacionamentos estáveis com pessoas soronegativas para o HIV, e vice-versa.

Sua participação nesta pesquisa é inteiramente voluntária, e consiste em uma entrevista gravada, com duração variável de uma a duas horas, na qual são realizadas perguntas que não expõem o entrevistado a nenhum risco. As perguntas versam sobre soropositividade, conjugalidade, sexualidade, e também relação com a família e amigos. Algumas vezes as perguntas poderão ser íntimas, mas esclarecemos que somente os pesquisadores terão acesso às entrevistas, e que a sua identidade será preservada, ou seja, suas declarações não serão identificadas.

Seu (sua) parceiro (a) também será entrevistado (a), mas sob nenhuma hipótese revelarei suas respostas ou farei comentários sobre a sua entrevista, e vice-versa.

Agradecemos pela sua participação nessa pesquisa! Os resultados serão amplamente divulgados através de artigos, apresentação em eventos acadêmicos e bibliotecas universitárias, bem como para as organizações que trabalham com prevenção ao HIV/AIDS. As informações que você pode dar poderão ser úteis

para a melhoria das campanhas, programas e serviços voltados para a prevenção e assistência ao HIV/AIDS.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço da pesquisadora principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou em qualquer momento. Os participantes podem, a qualquer momento, recusar-se a responder alguma questão ou desistir da entrevista.

Declaro estar ciente e que entendo os objetivos e condições de participação na pesquisa e aceito dela participar.

_____, ____ de _____ de 200_.

Assinatura do entrevistado

Assinatura do entrevistador

Endereço e telefones para contatos:

Ivia Maksud

Maria Luiza Heilborn

Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Rua São Francisco Xavier, 524/ 7º andar – Maracanã– Rio de Janeiro – RJ

Tel.: 2568-0599 Fax: E-mail: maksud@abiids.org.br/iviamaksud@hotmail.com

Nilo Fernandes

IPEC/FIOCRUZ

Av. Brasil, 4365 Manguinhos Rio de Janeiro/RJ - Brasil CEP.: 21040-900

Tel.: 55(0xx)(21)3865-9595 / Fax: 55(0xx)(21)2290-4532

E-mail: nfernandes@ipec.fiocruz.br

Comitê de Ética em Pesquisa do IPEC/FIOCRUZ

Telefone: 38659567

Av. Brasil, 4365 Manguinhos Rio de Janeiro/RJ - Brasil CEP.: 21040-900

Tel.: 55(0xx)(21)3865-9595 / Fax: 55(0xx)(21)2290-4532

E-mail: pesquisa@ipec.fiocruz.br