

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas

Departamento de Sociologia

Programa de Pós-Graduação em Sociologia

Rafael Cerqueira Pinheiro

**TRAJETÓRIAS DA SOROPOSITIVIDADE: as carreiras morais de homossexuais
masculinos vivendo com HIV**

Belo Horizonte

2016

Rafael Cerqueira Pinheiro

TRAJETÓRIAS DA SOROPOSITIVIDADE: as carreiras morais de homossexuais masculinos vivendo com HIV

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Sociologia.

Orientadora: Profa. Dra. Yumi Garcia dos Santos

Linha de Pesquisa: Sociologia das Desigualdades e da Estratificação.

Belo Horizonte

2016

Pinheiro, Rafael Cerqueira

Trajatórias da soropositividade [manuscrito] : as carreiras morais de homossexuais masculinos vivendo com HIV / Rafael Cerqueira Pinheiro. - 2016.

120 f.

Orientadora: Yumi Garcia dos Santos.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas.

Inclui bibliografia

1.Sociologia – Teses. 2. HIV(Virus) - Teses.
3.Homossexualismo - Teses. I. Santos, Yumi Garcia dos. II.
Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Filosofia e
Ciências Humanas. III.Título.



Programa de Pós Graduação em Sociologia
Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas
Universidade Federal de Minas Gerais

ATA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO

RAFAEL CERQUEIRA PINHEIRO

Ao 01 (primeiro) dia do mês de junho de 2016 (dois mil e dezesseis), reuniu-se a Banca Examinadora de Defesa de Dissertação de Mestrado, intitulada: **"TRAJETÓRIAS DA SOROPOSITIVIDADE: as carreiras morais de homossexuais masculinos vivendo com HIV"**. A banca foi composta pelos professores doutores **Yumi Garcia dos Santos** (Orientadora - DSO/UFMG), **Renarde Freire Nobre** (DSO-UFMG) e **Leandro de Oliveira** (DAA-UFMG).

Procedeu-se a arguição, finda a qual os membros da Banca Examinadora reuniram-se para deliberar, decidindo por unanimidade pela:

Aprovação (X)
Reprovação da Dissertação ()

Para constar foi lavrada a presente ata, datada e assinada pelos examinadores.

Belo Horizonte, 01 de junho de 2016.


Profa. Dra. Yumi Garcia dos Santos (Orientadora / DSO-UFMG)


Prof. Dr. Renarde Freire Nobre (DSO-UFMG)


Prof. Dr. Leandro de Oliveira (DAA-UFMG)

AGRADECIMENTOS

Essa dissertação é fruto de um trabalho de dedicação que contou com a colaboração de inúmeras pessoas. Deixo aqui os meus mais sinceros agradecimentos.

Primeiramente aos meus pais, que me passaram a educação como um valor, no qual me formei e alcancei mais uma etapa.

À professora Yumi Garcia dos Santos, orientadora que se tornou amiga, com quem aprendi muito e que foi fundamental na minha formação como sociólogo e pesquisador;

Ao Regis, que acreditou em mim e me apoiou incondicionalmente durante todo o processo, a quem retribuo com todo amor que eu posso oferecer;

Aos professores do Departamento de Sociologia da UFMG, que tiveram um papel fundamental na minha formação;

Aos professores Renarde Freire e Leandro de Oliveira, pelo aceite ao convite para participação na banca de avaliação e a valiosa contribuição a esse trabalho;

Aos amigos da turma de mestrado do ano de 2014, e do CESAP, pelos encontros, conversas e companheirismo;

Ao meu amigo Bruno Machado, exímio leitor e parceiro nos momentos mais delicados;

Ao meu amigo Bruno Fonti, com quem compartilhei das questões mais difíceis;

À minha amiga Marcela Abreu, minha Coleguinha, com quem compartilho das felicidades e as dificuldades da vida;

À amiga Mariana Chantre, pela paciência nas leituras e revisões;

Ao professor Veriano Terto Junior, pelas sugestões e apoio;

Aos amigos Francisco Rocha e Cássio Bruno, que me auxiliaram de todas as formas durante o mestrado;

Ao amigo Thiago Coacci, pelas conversas e discussões que me ajudaram a compreender muitos dos temas tratados nesse trabalho;

Ao amigo professor da UFBA Cristiano Rodrigues, pela orientação informal, a oportunidade de discutir, aprender e os valiosos conselhos durante a pesquisa;

À professora Regina Helena Alves da Silva, minha orientadora de graduação e amiga que levei para a vida, por ter me ensinado o caminho da pesquisa;

Ao professor Marco Aurélio Máximo Prado, com quem compartilhei várias questões durante o processo e que demonstrou apoio e confiança no trabalho que entrego;

À equipe do curso de especialização em Gênero e Diversidade na Escola – GDE, com quem pude ter a oportunidade de aprender muito sobre questões tão importantes que trato nesse trabalho;

À equipe do CTR DIP Orestes Diniz, principalmente a equipe de saúde mental, Marília e Ana Paula do projeto Horizonte, por ter me recebido tão bem e pela oportunidade de aprender tanto com pessoas na linha de frente no enfrentamento ao HIV/aids em Belo Horizonte, pelo exemplo;

À CAPES, pelo auxílio financeiro, que me proporcionou dedicação exclusiva à dissertação;

À Eni e o Paulo da secretaria do Programa de Pós Graduação em Sociologia, pela competência com que lidou com as questões burocráticas;

À Anaximandro, Benjamim Portela, Carlos, Dante e Eduardo, pelo aprendizado de vida com suas histórias, pela oportunidade que eu tive, ao ouvi-los, rever muitas questões na minha vida;

Aos homens e mulheres que vivem com HIV que conheci durante essa trajetória e que compartilharam comigo suas histórias, com quem aprendi muito, meu muito obrigado.

Dedico essa dissertação à Eliene e Heron, meus pais. Eu amo vocês.

If life is worth living, it's got to be done
One might be forgiven for thinking it's a life on the run
Many roads will cross through many lives
But somehow you survive

(Pet Shop Boys – The Survivors)

“Se a vida te der limões,
faça uma limonada”

(Ditado popular)

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo compreender o fenômeno social da soropositividade para homossexuais masculinos que vivem com HIV. A pesquisa de caráter qualitativo foi conduzida a partir de entrevistas semi-estruturadas realizadas com cinco homens em tratamento para HIV e vinculados a instituições de saúde na cidade de Belo Horizonte. Concebemos o percurso deles com o HIV através do conceito de carreira moral, de Erving Goffman. A trajetória dos sujeitos foi esquematizada em três fases: a realização do teste anti-HIV, a vinculação aos serviços de saúde e o tratamento com a terapia antirretroviral. Analisamos suas trajetórias de vida, relacionando-as com o percurso com o HIV. Concluimos que a soropositividade se desenvolve a partir da relação que esses homens estabelecem com as políticas de cuidado e que, por sua vez, conduzem à construção de uma nova realidade com a infecção. Esse processo produziu uma ética de vida pautada na disciplina.

Palavras chave: HIV, AIDS, SOROPOSITIVIDADE, HOMOSSEXUALIDADE, CARREIRA MORAL, CUIDADO

ABSTRACT

This thesis has its goal in the understanding of the social phenomenon of seropositivity amongst masculine homosexuals who live with HIV. Qualitative research was based upon semi-structured interviews held with five men undergoing HIV treatment who are linked to health facilities within the city of Belo Horizonte. We have observed their trajectories with HIV through the lenses of the moral career concept, by Erving Goffman. The subjects' continuum was divided into three stages: HIV testing, adhering to medical care, and getting antiretroviral therapy. Through an analysis of their life histories, we connected them with their histories with HIV. We have come to the conclusion that seropositivity is originated in the relationship these men establish with care policies which, in their turn, lead to shaping a new reality regarding the infection. This process produced a discipline-guided life ethics.

Key words: HIV, AIDS, SEROPOSITIVITY, HOMOSSEXUALITY, MORAL CAREER, CARE

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABIA: Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids

Aids: síndrome da imunodeficiência adquirida

CDC: Center for Disease Control and Prevention

COAS: Centro de Orientação e Aconselhamento

CTA: Centro de Testagem e Aconselhamento

CTR: Centro de Treinamento e Referência em Doenças Infectocontagiosas e Parasitárias Orestes Diniz

DDAHV: Departamento de DST Aids e Hepatites Virais

DHDS: Divisão de Hansenologia e Dermatologia Sanitária

GRID: Gay-Related Immunodeficiency

HC: Hospital das Clínicas

HIV: vírus da imunodeficiência humana

HSH: homens que fazem sexo com homens

IST: infecção sexualmente transmissível

MS: Ministério da Saúde

OMS: Organização Mundial de Saúde

ONG: Organização Não-Governamental

OPS: Organização Pan-americana de Saúde

PCDT: Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas

PLWA – People Living with Aids

PVHA: Pessoas Vivendo com HIV/Aids

SAE: Serviço de Atendimento Especializado

SES: Secretaria de Estado da Saúde

SUS: Sistema Único de Saúde

TARV: terapia antirretroviral de alta potência

UFMG: Universidade Federal de Minas Gerais

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	10
Apresentando o problema.....	10
1. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	15
2. HIV/AIDS, SOROPOSITIVIDADE E EXPERIÊNCIAS.....	20
2.1 <i>Uma contextualização sexualizada da epidemia, ou sobre a gênese gay da aids</i>	20
2.2 <i>Politizando a Aids</i>	23
2.3 <i>A respeito da soropositividade</i>	26
2.4 <i>Sobre as categorias, o dizer sobre a Aids</i>	26
2.5 <i>A homossexualidade tratada nessa pesquisa</i>	28
2.6 <i>Sobre a experiência: uma leitura de J. Scott</i>	32
2.7 <i>A Experiência com o HIV</i>	34
2.7.1 <i>A Carreira Moral do HIV/aids</i>	35
2.7.1.1 <i>A testagem anti-HIV</i>	35
2.7.1.2 <i>A Vinculação aos Serviços de Saúde</i>	37
2.7.2 <i>A dimensão individual e a dimensão coletiva no cuidado e experiência da doença</i>	39
2.8 <i>A biopolítica do cuidado</i>	40
2.9 <i>As especificidades da aids enquanto uma doença crônica</i>	43
2.9.1 <i>Incerteza</i>	44
2.9.2 <i>Estigma</i>	44
3. METODOLOGIA	48
4. AS TRAJETÓRIAS	55
4.1 <i>Anaximandro</i>	55
4.2 <i>Benjamim Portela</i>	59
4.3 <i>Carlos</i>	62
4.4 <i>Dante</i>	64
4.5 <i>Eduardo</i>	68
5. A CARREIRA COM O HIV.....	71
5.1 <i>A análise por grupos etários: Anaximandro e Benjamim Portela</i>	72
5.1.1 <i>A Realização do Teste anti-HIV</i>	72
5.1.2 <i>Reações ao Diagnóstico Positivo para o HIV</i>	73
5.1.3 <i>Inserção nos Serviços de Saúde/ Início da Terapia Antirretroviral</i>	75
5.1.4 <i>Confidencialidade do status sorológico</i>	76
5.2 <i>Análise por grupos etários: Carlos, Dante e Eduardo</i>	77
5.2.1 <i>A Realização do Teste anti-HIV</i>	78
5.2.2 <i>Reações ao diagnóstico positivo</i>	80

5.2.3.1 Suporte para superação e assimilação da condição de doença.....	83
5.2.4 Confidencialidade do status sorológico	84
6. A EXPERIÊNCIA PRIVADA E A ESFERA PÚBLICA NAS TRAJETÓRIAS DE VIDA	87
6.1 O Público e o Privado nas trajetórias dos sujeitos a partir dos relatos de vida.....	88
6.1.1 A análise por grupos etários: Anaximandro e Benjamim Portela	88
6.1.2 A análise por grupos etários: Carlos, Dante e Eduardo	92
6.2 Homossexuais soropositivos e soropositivos homossexuais	94
7. APRENDENDO A CONVIVER COM O HIV – SOROPOSITIVIDADES CONTEMPORÂNEAS.....	97
7.1 A Construção Social da Realidade com HIV	99
7.2 A Positividade da Soropositividade	101
CONCLUSÃO.....	107
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	109
APÊNDICE 1 – ROTEIRO DE ENTREVISTA	113
APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	115

INTRODUÇÃO

Apresentando o problema

O surgimento da *síndrome da imunodeficiência adquirida* – denominada aids¹ no Brasil, ao desenvolver-se como um problema de saúde pública nos últimos 30 anos, apresentou desafios e questões importantes para se pensar e problematizar as diversas dimensões que a constituíram como doença. A aids se trata de uma síndrome do sistema imunológico decorrente da infecção pelo vírus da imunodeficiência adquirida – chamado HIV no Brasil. Para além dos seus aspectos clínicos, o HIV/aids² levanta questões emergentes do seu caráter epidêmico e que busca dar conta das múltiplas dimensões de uma doença que também é de natureza social, política e tecnológica.

Ao longo da história do HIV/aids, diversas questões sociais desenvolveram a aids como um fenômeno histórico e social, como exemplo, o desenvolvimento de tecnologias biomédicas eficazes, a conquista de marcos institucionais e legais que garantiram tratamento e proteção ao indivíduo infectado pelo HIV, e também aos doentes de aids. A “cronificação” do HIV e da aids é um fenômeno novo e recente, originado pela eficácia e disponibilização dos recursos terapêuticos para tratamento da infecção pelo sistema público de saúde, ocasionaram em mudanças nos modos de se viver a sexualidade, como o gerenciamento dos riscos de infecção e as tecnologias de prevenção existentes. Tais questões ilustram alguns aspectos de um fenômeno de natureza que também é social.

A infecção pelo HIV e, conseqüentemente, a vida com HIV/aids, é concebida como um fenômeno social de complexas dimensões. Conforme Carricaburu,

Ser HIV positivo não é só o fato de ser individualmente infectado: é também uma questão de ser afetado como parte de um grupo que tem a sua própria história e que foi dizimado pela aids. (CARRICABURU, 1995 – [tradução nossa]).

¹ Segundo o Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV (Brasil, 2013), a aids vai ser concebida como “síndrome clínica caracterizada por profunda imunodepressão decorrente da infecção pelo HIV. A definição clínica de início da aids é o aparecimento de infecções oportunistas e/ou neoplasias. Desde 1993, a aids também pode ser definida por critério laboratorial da contagem de linfócitos T CD4+”. Por considerar o acrônimo aids um termo próprio, e por ser a forma que o Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde do Brasil aborda, optei por escreve-lo, ao longo desse trabalho, em letras minúsculas.

² Consideramos utilizar a expressão HIV/aids, ao longo desse trabalho, para designar qualquer referência ao HIV e, ou, à aids.

A história do HIV/aids está relacionada à história de sujeitos individuais e coletivos, como os homossexuais masculinos, um dos segmentos populacionais historicamente mais atingidos pela epidemia. Ainda hoje, segundo dados do Ministério da Saúde (MS) do Brasil (Brasil, 2013), a prevalência da infecção pelo HIV entre homens que fazem sexo com homens (categoria analítica referente aos indivíduos masculinos que possuem relações sexuais, ocasionais ou não, com parceiros do mesmo sexo, na qual se enquadra os homossexuais masculinos) é de 10,5%, ao passo que, entre a população geral, a prevalência da infecção pelo HIV é de 0,4% (Brasil, 2013). A relação desses sujeitos com o HIV/aids, como uma questão social, demandou mobilização comunitária e mudanças políticas. Os homossexuais masculinos foram protagonistas da construção da aids enquanto fenômeno político. Como os primeiros atingidos pela epidemia, eles estiveram na vanguarda da mobilização social nas respostas aos problemas emergentes pela epidemia, ainda no início da década de 80.

Em nosso trabalho, entendemos a questão de se viver com HIV/aids como o fenômeno da soropositividade. Tal fenômeno se firma, ainda na década de 90, como questão política e social que vai “*ultrapassar as dimensões de um diagnóstico médico sobre a presença do HIV no corpo da pessoa infectada*” (Terto Jr., 1999a). A aquisição de uma infecção com as características do HIV não pode ser considerada como um episódio único na vida de um indivíduo. Para além do modelo “sintoma-diagnóstico-tratamento-cura” (Pierret, 2000a), a noção de experiência *de*, e principalmente *com* a doença, será utilizada para se analisar e compreender como se constitui o processo de construção da soropositividade para homossexuais masculinos. Como doença crônica, o HIV/aids não se constitui em um evento isolado na vida dos indivíduos infectados e demanda rearranjos nos modos de vida e no cotidiano dessas pessoas por um período indeterminado de tempo, haja em vista se tratar, ainda, de uma infecção sem cura.

A aquisição de uma doença que pode se tornar crônica não é considerada um elemento particular na trajetória de um indivíduo. Uma condição de doença envolve “*processos sociais, políticos e culturais de formação identitária que são utilizadas e atribuídas por agentes diferentes de acordo com os contextos sociais e os grupos que os indivíduos são vinculados*” (Valle, 2012). As trajetórias de vida são elementos essenciais de análise na experiência de doença que, por sua vez, como elemento analítico, remete ao domínio da prática, do fazer e do agir. A noção de experiência em contraposição à representação, que por sua vez se remete à clássica dualidade entre mente e corpo, reelabora as relações entre cultura e individualidade, uma vez que essas duas dimensões se entrecruzam, principalmente no que concerne às relações dos indivíduos com a saúde e a doença. Ao se fazer uso da noção de experiência de

doença, duas questões emergem: o corpo é considerado como fundamento da experiência e da cultura e a intersubjetividade se constitui enquanto superação da dualidade objetivo e subjetivo (Alves, Paulo; Rabelo, Miriam, 1998).

O corpo é concebido, então, como fundamento da inserção do indivíduo no mundo. É através das formas de se lidar com o corpo, e as maneiras como se prescrevem as relações sociais mediadas por ele, que a noção de experiência ganha expressão. A questão que se coloca, nessa perspectiva, refere-se ao modo como os indivíduos vivenciam a síntese entre corpo e cultura a partir da dimensão da experiência, para além de qualquer representação ou conhecimento sobre a doença em si. O que o diagnóstico positivo para o HIV traz para os indivíduos infectados? O que há de novo, ou não, nessa nova condição? A nossa pergunta de pesquisa se trata de examinar como que se constitui o processo de construção da soropositividade para homossexuais masculinos em tratamento no contexto de cronificação do HIV/aids?

Alguns elementos distinguem o HIV/aids das demais doenças tratadas pela Sociologia (Pierret, 2000a). Primeiramente, ele abrange um largo escopo de situações médicas; implica acompanhamento e cuidado contínuo, a realização de exames laboratoriais regulares e controle sobre o corpo (Valle, 2010b). Outro elemento distintivo do HIV em relação a outras doenças refere-se ao papel desempenhado pelos meios de comunicação de massa ao apresentar a aids, em seu surgimento, como uma epidemia altamente letal, bem como o papel desempenhado pela mídia na construção das representações sociais sobre a aids (Valle, 2002a), mais especificamente enquanto uma doença relacionada à própria homossexualidade. Por último, os primeiros trabalhos sobre o cotidiano de pessoas atingidas pelo HIV/aids (Pollack, 1988), se debruçaram nas características do segredo e do silêncio em um contexto de incerteza, marcado pelos poucos recursos terapêuticos disponíveis para tratamento da infecção naquele momento, na década de 1980. O desenvolvimento da terapia antirretroviral de alta potência (TARV), disponibilizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro a partir do ano de 1996 possibilitou o controle da infecção pelo HIV, fazendo com que a aids deixasse de ser uma doença altamente letal, tornando-a tratável e, assim, atingindo a condição de cronicidade. O tratamento se dá pela incorporação de práticas clínico-terapêuticas que envolvem o consumo diário de medicamentos, acompanhamento médico e a realização de exames laboratoriais regulares. Analiticamente, concebemos tal processo na perspectiva de “carreira”, relacionada à situação clínica e aos processos que conduzem a cada etapa, na qual os indivíduos submetidos às políticas de cuidado se encontram. Assim, o conceito de *carreira*

moral, segundo abordado por E. Goffman no livro *Manicômios, Prisões e Conventos* (1974), será uma ferramenta analítica da trajetória dos indivíduos com o HIV/aids. Conforme Pierret,

... estudos das trajetórias da doença poderia nos ajudar a focar no trabalho feito por soropositivos e pessoas próximas a eles durante as várias fases de sua doença assim como no processo de negociação com vários profissionais da saúde (PIERRET, 2000. [tradução nossa])

O percurso dos indivíduos com o HIV/aids se inicia com a inserção nas políticas de cuidado, a partir da realização do teste e diagnóstico positivos para o HIV, considerado como a porta de entrada do sujeito infectado com o percurso de cuidado contínuo. Institucionalmente, o Ministério da Saúde brasileiro faz uso do conceito de “cascata”, que se refere ao monitoramento programático desde o diagnóstico positivo para HIV até a supressão da carga viral pelo uso dos medicamentos antirretrovirais. Segundo o próprio Ministério da Saúde, (2013),

A análise da cascata permite calcular, a partir do número estimado de PVHA³, a proporção de pessoas diagnosticadas, vinculadas ao serviço de saúde de HIV/aids e retidas na rede de atenção, em tratamento antirretroviral e com supressão da carga viral (CDC, 2011) (BRASIL, 2013).

O Brasil conta atualmente com cerca de 718 mil indivíduos infectados pelo HIV, sendo que desse montante 74% (531 mil) estão vinculados aos serviços de saúde e em monitoramento da infecção, através de exames laboratoriais regulares e em uso TARV (Brasil, 2013). O teste anti-HIV é concebido como

... parte importante de uma complexa mediação entre formas diferentes de ‘entendimento cultural numa sociedade mais ampla’ e formas particulares de conhecimento sobre HIV/Aids, inclusive vocabulário científico, perspectivas clínicas sobre o corpo e a sexualidade, técnicas de prevenção do HIV, etc. (VALLE, 2012b)

Para Valle, o diagnóstico positivo para o HIV é considerado um fator de formação social e individual que possui efeitos sobre a formação dos sujeitos que, uma vez diagnosticados com sorologia positiva para o HIV, passam a ser definidos e identificados pela nova condição inúmeras vezes em suas trajetórias sociais e individuais (Valle, 2012). Ainda que, ao longo do tempo, a epidemia no Brasil tenha assumido a tendência à heterossexualização (Brasil, 2013; Teixeira et al., 2014), o crescimento do número de casos novos entre homossexuais, a prevalência da infecção pelo HIV nas populações de HSH, bem como o crescimento das taxas de infecção entre jovens gays evidencia uma questão ainda não

³ PVHA é o acrônimo que se refere à *Pessoas Vivendo com HIV/aids*; para ver mais, *Terto Jr., 1999*.

superada. Ao falar sobre o cenário atual da epidemia de HIV/aids no Brasil, Granjeiro et al (2014), afirmam que

Um perfil epidemiológico que, de certa forma, volta a assumir características similares ao observado no início dos anos de 1980, quando a doença começou a fazer suas primeiras vítimas e apresentou uma incidência fortemente concentrada em segmentos sociais específicos.

A histórica, e problemática, associação entre aids e homossexualidade, ainda apresenta algumas questões não superadas. Conforme Tuller, citado por Terto Jr. (2002b),

...quando se aborda a saúde dos homossexuais masculinos, a primeira e imediata referência é identificar a AIDS, como se esta fosse o único problema de saúde possível nesta população, ou como se o status sorológico para o HIV fosse a única medida para avaliar a saúde de homens homossexuais (TULLER, 2001 apud TERTO JR., 2002)

A tendência apontada pelo autor denota a dimensão que o HIV/aids ainda possui sobre os homossexuais e a própria homossexualidade, mesmo 30 anos após o surgimento da epidemia. O HIV se torna, socialmente, um dos principais referentes na relação entre saúde, doença e homossexualidade. A sexualidade se constitui como um dos significantes dessa dinâmica, que são objeto privilegiado do meio pelo qual homossexuais masculinos constroem suas trajetórias de doenças em relação ao HIV/aids.

Sendo assim, prosseguiremos nosso trabalho com uma revisão bibliográfica do tema da soropositividade nas Ciências Sociais. A seguir, discutiremos sobre a história da aids e sua relação com a homossexualidade no Brasil, a construção e tipificação das categorias, a problematização da questão das experiências, a partir de Joan Scott para, finalmente, discutirmos especificamente as experiências com o HIV. A seguir, serão apresentadas as trajetórias biográficas dos sujeitos que participaram dessa pesquisa, seguido pela análise da relação com o HIV. O sétimo capítulo será dedicado à discussão acerca da soropositividade, encerrando a dissertação com uma conclusão.

1. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Essa pesquisa tem como objetivo compreender as experiências de doença de homossexuais masculinos que vivem com HIV. Discorreremos adiante sobre seus desdobramentos. Por experiência com o HIV, trabalharemos com a noção de soropositividade, que requer maior precisão analítica e que será problematizado no capítulo VII. Entretanto, para se pensar o processo de construção da soropositividade para homossexuais masculinos, faz-se necessário fazermos uma contextualização social e histórica para entendermos o problema na contemporaneidade. Como o contexto atual da epidemia de HIV/aids se caracteriza?

No caso brasileiro, uma das principais características da epidemia é a possibilidade de cronificação (Brasil, 2014), dada pela disponibilidade de tecnologias biomédicas, como a terapia antirretroviral, pelo sistema público de saúde⁴. Os recursos terapêuticos possibilitam aos infectados e doentes de aids manejar a doença por um período ilimitado de tempo. Apesar da aids ser uma doença que demanda cuidado contínuo, por ainda ser incurável, o cuidado é possível devido a uma série de medidas de caráter biomédico (tecnologias terapêuticas) e político (sistemas de saúde, controle e vigilância epidemiológica). Assim, um questionamento que se levanta dessa problemática é, uma vez que a doença alcançou a condição de cronicidade, então como os indivíduos infectados vivem? Considerando que nosso objeto empírico se trata da soropositividade para homossexuais masculinos, deste modo emerge a seguinte pergunta de pesquisa: como se constitui o processo de soropositividade para homossexuais masculinos em tratamento no atual contexto de cronificação do HIV/aids?

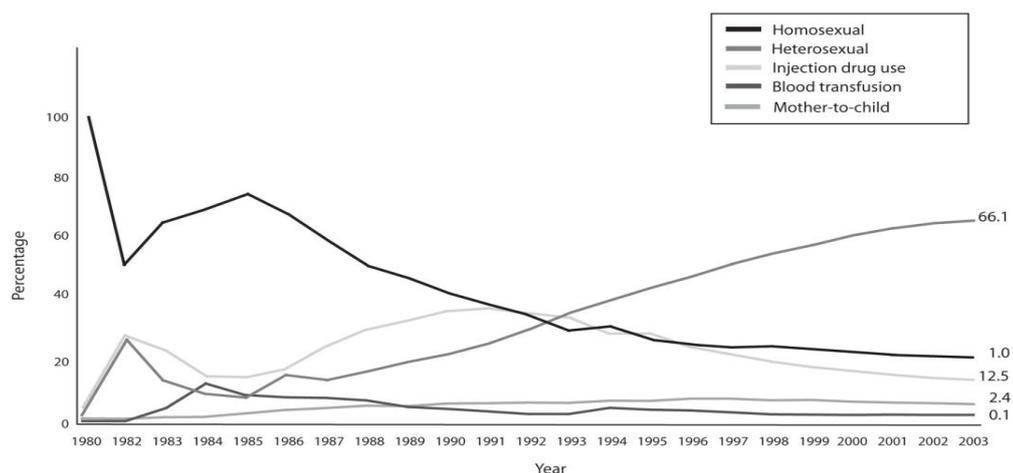
Sabemos que a infecção pelo HIV/aids já não apresenta os mesmos elementos que a caracterizaram no início da epidemia no Brasil, na década de 1980, como a possibilidade de morte iminente, a ausência e a incerteza do tratamento. O contexto atual apresenta uma base terapêutica consistente aos infectados e doentes de aids e, desde o ano de 1996, a medicação para o tratamento do HIV é disponibilizado pela rede pública de saúde no Brasil, alterando consideravelmente as tendências da epidemia de aids no país (Dourado et. al, 2006). O crescimento do número de novas infecções em outros segmentos populacionais, como mulheres e idosos heterossexuais (Brasil, 2013), são fatores que evidenciam essa alteração. A

⁴ Apesar de considerarmos que existem desigualdades de acesso ao sistema de saúde no Brasil, esse não será o enfoque da discussão. Como estamos tratando de pessoas em tratamento, nosso recorte empírico considera somente sujeitos inseridos nas estruturas de saúde.

escolha da análise da experiência de homens gays com o HIV/aids se justifica sobretudo pelo fato dos homossexuais masculinos serem, historicamente, o grupo mais afetado pela epidemia de aids no Brasil (Terto Jr., 1999a). O impacto da aids entre a população homossexual masculina envolve questões que dizem respeito à história coletiva da homossexualidade no país, bem como as histórias individuais dos homens gays atingidos pela epidemia. Segundo Terto Jr (1996b), a aids suscitou velhos preconceitos, histórica e simbolicamente associados aos homossexuais, sendo que a própria doença chegou a ser concebida pela ciência como um problema exclusivamente dos homossexuais⁵. Assim, a escolha das experiências de doença de homens gays se justifica pelo fato desse trabalho buscar compreender o impacto da aids entre homossexuais masculinos, trinta anos após o surgimento da aids na esfera pública.

Três tendências marcaram o desenvolvimento da aids no Brasil ao longo do tempo: a heterossexualização, a feminização e a pauperização (Berkman et. al, 2005).

**Gráfico I - Percentage of AIDS cases by type of transmission and year of diagnosis:
Brazil, 1980 – 2003**



Source: National AIDS Program, Brazilian Ministry of Health.
Note: Notified cases up to December 31, 2003.

Fonte : BERKMAN et al, A Critical Analysis of the Brazilian Response to HIV/AIDS: Lessons Learned for controlling and Mitigating the Epidemic in Developing Countries. American Journal of Public Health, 95 (7), 2005.

⁵ Haja visto o primeiro nome concedido à doença, Gay-Related Immunodeficiency, ou GRID; para saber mais, ver capítulo III dessa dissertação.

Como demonstrado no gráfico acima, o número de novas infecções apresentou uma alteração a partir do início da década de 1990, com diminuição do número de novas infecções entre os homossexuais e o crescimento do número de novos casos entre a população heterossexual. Principalmente no que tange às representações sociais e simbólicas da aids no Brasil, ainda hoje ela é considerada popularmente uma doença relacionada à homossexualidade. Ao se considerar os problemas de saúde de homossexuais, a aids ainda é tida como o principal problema passível de atingir essa população (Terto Jr, 2002c).

Os estudos referentes à análise dos mecanismos e estratégias utilizados por pessoas em situação de doença não são recentes na Sociologia. No Brasil, Oracy Nogueira (1950), no trabalho intitulado “*Vozes de Campos do Jordão: experiências sociais e psíquicas do tuberculoso pulmonar no estado de São Paulo*”, já apresentava como problemática analítica os processos de transformação e adequação de indivíduos a uma situação de doença, não por acaso estigmatizada, que foi a tuberculose naquela época. O autor utilizou a técnica de história de vida, bem como entrevistas, análise documental e a aplicação de um questionário, como meios de coleta de dados para a pesquisa desenvolvida no seu mestrado. Desde o trabalho de Glaser e Strauss, *Chronic Illness and the Quality of Life* (1975), houve um crescimento na tradição sociológica por estudos que tratam das experiências de doença, sobretudo aquelas relacionadas às doenças crônicas (Pierret, 2003c), como tratamos a aids atualmente. No campo das experiências em relação às doenças crônicas, a dimensão individual possui um lugar privilegiado de análise, uma vez que muitos dos trabalhos se ocuparam de compreender as transformações subjetivas ocasionadas pela experiência com uma doença crônica (Pierret, 2003c).

É dentro do arcabouço teórico a respeito das doenças crônicas que a aids encontrou lugar de análise dentro da Sociologia. Como um dos proeminentes autores sobre essa questão, Bury (1983) tratou a respeito da sociologia das doenças crônicas como um campo de análise dentro dos estudos sociológicos sobre saúde e doença. Entretanto, o campo da aids sempre foi tratado pela interdisciplinaridade, sendo que os temas desdobrados pela epidemia não se referem somente um campo analítico específico, mas a uma economia de disciplinas que vem produzindo conhecimentos a partir de variadas áreas. Diferentemente das questões tratadas pela biomedicina, Mendès-Leite e Zwart (2000) se referem por estudos sociais da aids (*Social AIDS Studies*), como um campo do conhecimento que agrega múltiplas disciplinas, sobretudo das ciências humanas e saúde coletiva, a respeito de questões relacionadas à aids.

Os estudos sociais da aids abarcam uma série de temas e diferentes perspectivas, como comportamento sexual, políticas, comunidades e movimentos e a perspectiva tratada nessa

dissertação, pessoas vivendo com HIV/aids. Segundo os autores, essa abordagem se caracteriza pelo interesse nas necessidades das pessoas que vivem com HIV/aids (PVHA), sua sexualidade, integração social, o efeito de intervenções psicossociais e qualidade de vida, dentre outros (Mendès-Leite e Zwart, 2000). Deste modo, duas perspectivas são agregadas a esse sub-tema: o estudo das doenças crônicas tratadas pela Sociologia e os estudos sobre aids. Pierret (1992b; 2000a), na França, foi uma das primeiras pesquisadoras e se dedicou ao estudo do cotidiano das pessoas atingidas pelo HIV. Naquela altura, a aids apresentava níveis de mortalidade e morbidade bastante elevados, o que influenciou em grande medida as questões tratadas pela pesquisadora, como a incerteza e o estigma. Muito influenciada pelo trabalho de Bury (1983), a noção de biografia interrompida era um elemento de análise de trabalhos publicados na época.

Na França foi publicado *Os Homossexuais e a Aids*, de Michael Pollack no final da década de 80 (1990). O livro foi uma das primeiras publicações, tratadas pela Sociologia, a explorar a relação entre aids e homossexualidade. O tema é abordado com base em uma série de pesquisas, cujas questões são tratadas nesse trabalho, considerando-se a diferença temporal e o contexto analisado. Para Pollack, a experiência da doença apresenta algumas características que são correlatas à própria experiência da homossexualidade, como o segredo e o silêncio. O problema suscitado pelo autor estabelece paralelos e correlações que nos ajuda a compreender de que modo a aids está imbricada nas questões relacionadas a homossexualidade, e o contrário.

A infecção pelo HIV reforça tragicamente uma experiência social sujeita às eventualidades de relações baseadas no não-dito. O silêncio sobre a homossexualidade ou sua outra forma, a dissimulação, respondem ao receio de rejeição de julgamento moralizador malévolo (POLLACK, 1990)

Epstein (1996) também tratou da relação entre aids e grupos vulneráveis, ao analisar o contexto do surgimento da epidemia nos Estados Unidos, e as tensões envolvendo comunidade científica e mobilização dos homossexuais, politicamente organizados, naquele país. No Brasil, os trabalhos pioneiros sobre aids foram abordados, inicialmente, na Antropologia, muitas vezes relacionando a discussão com gênero e sexualidade. De certo modo, a aids vai ser o motivo da proliferação de estudos relacionados à temática da sexualidade e homossexualidade masculina no Brasil (Carrara e Simões, 2007).

A produção acadêmica voltada para os aspectos sociais da epidemia foi uma preocupação desde sua eclosão. Mac Rae, em artigo sobre prevenção à aids publicado no ano de 1987, já se ocupava das dimensões sociais da epidemia de aids:

Assim como a própria sexualidade é concebida e vivenciada, as múltiplas maneiras, inextricavelmente associadas às culturas e sociedades específicas, também as doenças adquirem seus significados culturalmente, e estes lhe emprestam uma diversidade de potenciais sociais e políticos. Esta noção fica exemplarmente ilustrada pelas diferentes características epidemiológicas da AIDS na África, onde seu alastramento se dá entre a população em geral, e nas Américas e Europa, onde atualmente permanece em grande parte confinada a certos grupos de risco de contornos bem definidos. (MAC RAE, 1987)

Mac Rae alertou para a possibilidade das medidas segregacionistas em relação à testagem compulsória discriminar os infectados:

No plano social, deve-se atentar para o perigo de se criar uma nova categoria de cidadãos de segunda classe, que passam a ser discriminados no emprego, a obtenção de seguros, moradia, e até na simples convivência social. (MAC RAE, 1987)

Herbert Daniel, um dos fundadores da Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (ABIA), organização não-governamental com sede no Rio de Janeiro que teve importante papel na produção de conhecimento a respeito da epidemia de HIV/aids, sobretudo voltada para as populações chave, já chamava atenção para a questão da morte civil dos doentes de aids, ou seja, a morte dos direitos humanos. Autores como Veriano Terto Junior (1999a), um dos mais proeminentes na discussão acerca da soropositividade e homossexualidade, se dedicou a entender a soropositividade de condição médica para identidade política e social, na década de 1990. As preocupações desse autor e de Valle (2002a, 2010b) estavam focadas em contextos de mobilização voluntária, pesquisando o mundo social da aids, sobretudo organizações não-governamentais, como o grupo Pela Vidda, organização não governamental sediada na cidade do Rio de Janeiro. Uma vez que o associativismo foi problematizado na discussão acerca da soropositividade, nossa preocupação, neste trabalho, está debruçada sobre a constituição das experiências de doença para homossexuais masculinos não inseridos neste contexto. Como soropositividade são produzidas fora da esfera política, da mobilização? Essa vai ser a contribuição que esse trabalho pretende oferecer.

2. HIV/AIDS, SOROPOSITIVIDADE E EXPERIÊNCIAS

2.1 Uma contextualização sexualizada da epidemia, ou sobre a gênese gay da aids

A ocorrência de pneumonia causada pelo agente “*Pneumocystis carinii*” (PCP) em cinco homossexuais da cidade de Los Angeles, nos Estados Unidos, no início da década de 1980, ocasionada por um quadro de imunossupressão, se caracterizava pelo fato de que os primeiros casos reportados foram identificados em jovens homossexuais com vida sexualmente ativa (Epstein, 1996). As primeiras hipóteses levantadas desse quadro clínico foram relacionadas a “algum aspecto da vida gay”, ou por “uma doença adquirida pelo contato sexual”. Na cidade de Nova York, nos Estados Unidos, foram reportados casos de Sarkoma de Kaposi, uma erupção avermelhada que se tornou posteriormente característica da aids, em vinte jovens homossexuais⁶; em comum, o fato desses pacientes terem múltiplos e frequentes encontros sexuais com diferentes parceiros. Na ocasião, o médico Lawrence Altman, publicou um artigo no jornal New York Times, relatando a situação e dando-lhe uma definição: “câncer gay”. A questão central levantada em relação ao problema emergente foi a promiscuidade⁷.

À medida que novos casos foram registrados, uma série de especulações sobre os agentes etiológicos daquele incipiente quadro clínico surgiram. Em comum, a premissa da centralidade da homossexualidade masculina (Epstein, 1996) como possível fator responsável pelo novo fenômeno clínico. O primeiro quadro médico explicativo para as ocorrências registradas nos Estados Unidos se baseou em parâmetros especulativos, uma vez que, naquele momento, já havia registrado a ocorrência dos mesmos sintomas identificados entre os homossexuais em mulheres e homens heterossexuais. Tal fato alimentou a possibilidade de o agente etiológico ser uma combinação entre a possibilidade de infecção viral persistente e um quadro de imunossupressão relacionado ao uso de drogas por indivíduos predispostos geneticamente (Epstein, 1996). Tal modelo, segundo o autor, foi essencialmente relacionado aos homens gays, especificamente aos “excessos do estilo de vida homossexual” (1996, p.49).

⁶ Para ver mais, <http://www.nytimes.com/1981/07/03/us/rare-cancer-seen-in-41-homosexuals.html>; acesso em 30 de maio de 2015.

⁷ Para ver mais, <http://1981.nyc/first-appearances-gay-cancer/>; acesso em 30 de maio de 2015. A noção de promiscuidade aqui apresentada foi utilizada com base no argumento do próprio autor.

O foco em um estilo de vida gay relacionado ao surgimento de uma nova síndrome, até então, pouco conhecida pelas instituições médicas, lança luz, segundo Epstein (1996) na natureza diversa da ciência epidemiológica. Se a ocorrência regular de evidências clínicas aparecem em um determinado grupo, há que se problematizar o que distingue esse grupo dos demais. Segundo o autor,

O dilema é que o isolamento da 'diferença' pressupõe um entendimento comum do que constitui o contexto contra o qual essa diferença sobressai. Nesse sentido, a epidemiologia é inevitavelmente uma 'ciência normativa' empregando e reforçando noções desconhecidas de normalidade para medir e classificar desvios da norma. (ESPSTEIN, 1996, [tradução nossa]).

A grande mudança ocorrida foi a descoberta do agente causador daquele quadro clínico por equipes americanas e francesas no ano de 1983. Descobriu-se, então, que o quadro de deficiência imunológica, que veio a ser denominado posteriormente aids, teria como agente etiológico a infecção por um retrovírus, que mais tarde convencionou-se denomina-lo vírus da imunodeficiência humana, ou como chamado no Brasil, HIV.

Foi nesse mesmo período que surgiram as primeiras ocorrências de agravo clínico registradas no Brasil. Mais precisamente no ano de 1982, sete pacientes homo/bissexuais foram identificados no estado de São Paulo com sintomas semelhantes aos identificados nos Estados Unidos (Chequer, P.; Castilho, E. 1997). Ainda que os primeiros casos registrados se estabeleceram nas áreas metropolitanas da região centro-sul, a aids seguiu um processo de disseminação para outras regiões do país ainda na primeira metade da década de 1980.

A aids no Brasil se caracterizou como um problema referente à área da saúde (Teixeira, 1997). As primeiras iniciativas de mobilização em decorrência da emergente epidemia foram desenvolvidas pela Secretaria de Estado de Saúde (SES) do Estado de São Paulo e serviram de base e preceitos para tratamento dos novos casos que surgiram não somente em outras regiões do país, como para outros países da América do Sul. Na ocasião, constituiu-se um grupo composto por técnicos de diversas áreas da SES, como médicos sanitaristas, infectologistas e especialistas da área de laboratório e social, tendo a então Divisão de Hansenologia e Dermatologia Sanitária do Instituto de Saúde (DHDS) encarregada de compor um serviço de doenças sexualmente transmissíveis. Conforme Teixeira,

A aids, ao ser caracterizada como uma ameaça à sociedade, gera uma demanda ao Estado. É ao setor de saúde que é dirigida esta primeira demanda e é do setor de saúde que emana a primeira resposta ou política pública relativa à aids no Brasil (...) naquele momento, se constituíram os referenciais éticos e políticos predominantes que viriam a caracterizar o discurso oficial brasileiro. (TEIXEIRA, 1997)

Deste modo, vários mecanismos e ações voltados ao enfrentamento da hanseníase foram utilizados para a implantação de uma resposta à aids naquele momento. A atuação de organismos internacionais de saúde, como a Organização Mundial de Saúde (OMS), bastante importantes para a adoção de políticas de saúde no Brasil no contexto anterior à criação do Sistema Único de Saúde (SUS), foi bastante tímida naquele momento (Teixeira, 1997; Valle, 2002a). Uma primeira resposta institucional viria a ocorrer a partir da portaria 236 de 02 de maio de 1985, com a criação do Programa de Controle de AIDS. O Programa estabeleceu ações de vigilância para controle da doença que, então, alcançava dimensões epidêmicas. Ainda, somente no ano de 1986 a Organização Mundial de Saúde (OMS) criou o Programa Especial de aids e, posteriormente, o Programa Global de aids. O apoio prestado por esse órgão, bem como pela Organização Panamericana de Saúde (OPS) viria a ser estratégico para o reforço do Programa Nacional de aids, instituído um ano depois da criação do Programa de Controle de aids no Brasil. Em um contexto anterior ao SUS, as políticas de saúde instituídas no Brasil ainda eram bastante dependentes de organismos internacionais, como a própria OPS e a OMS.

Richard Parker (1997), pesquisador do tema HIV/aids e um dos fundadores da ABIA, define os primeiros anos da epidemia no Brasil em quatro momentos distintos, inter-relacionados com as dinâmicas e a conjuntura macroestrutural pelos quais o país atravessava naquele contexto. O primeiro momento, que antecede a criação de um Programa Nacional de aids, caracteriza-se pelo surgimento dos primeiros casos registrados no país e as primeiras mobilizações, tanto dos emergentes movimentos gays, como de setores mais progressistas de instituições municipais e estaduais de saúde, sobretudo no estado de São Paulo. O segundo momento caracteriza-se pela implementação do Programa Nacional de aids no ano de 1986, bem como pelo aumento da cooperação internacional devido, sobretudo, pela criação das primeiras instituições internacionais de mobilização em relação ao HIV/aids. Nesse momento, tem-se também a mobilização de setores da Igreja Católica e instituições privadas e as primeiras mobilizações de pessoas vivendo com HIV/aids. Os demais momentos caracterizam-se pela crise no próprio programa nacional, bem como mudanças e suspensões em elementos-chaves desse programa durante o governo Collor (1990-1992). Parker pondera que a análise desse contexto deve levar em consideração as conjunturas nacionais e globais que interferiram, em grande maneira, a forma como a aids se estabeleceu e as respostas institucionais a esse problema no país. Conforme o autor,

No Brasil, como no resto do mundo, as primeiras respostas à aids surgiram, em grande parte na esfera local, e a pressão de baixo para cima teve uma importância fundamental

para mobilizar as mudanças nos níveis mais elevados da sociedade e do governo (...) as maneiras pelas quais os diferentes setores responderam a esse desenvolvimento [da constituição de instituições nacionais e globais] foram simultaneamente definidas e influenciadas por uma série de desenvolvimentos internacionais (PARKER, 1997)

A epidemia de HIV/aids vai se desenvolver em determinada conjuntura conforme fatores culturais, políticos e econômicos que conformam a própria dinâmica social. Se tratando de uma questão cuja demanda foi, primeiramente, direcionada ao setor de saúde, foi a partir desse setor que as diretrizes políticas que constituíram o plano governamental de resposta à aids foram elaboradas. O modo pelo qual as instâncias governamentais, sobretudo o governo federal, responderam às demandas impostas pela epidemia, como a criação de sistemas de vigilância epidemiológica, se pautou pelo conhecimento técnico elaborado a partir de profissionais da área da saúde. Em agosto do ano seguinte à criação do Programa Nacional de aids, foi realizada uma reunião nacional com participação de estados, Organizações Não Governamentais (ONG's) e imprensa; na ocasião, foram apresentados os instrumentos e estratégias que foram adotados pelo Ministério da Saúde no controle da epidemia, em um movimento de centralização das políticas de saúde. A partir de então, a atuação do MS se consolida, atuando em todo território nacional (Teixeira, 1997).

2.2 Politizando a Aids

O modo pelo qual sujeitos individuais e coletivos responderam à aids foi conformado com base nas condições macroestruturais nas quais a doença foi construída e elaborada. Tal questão implica que a construção da aids enquanto doença e epidemia não é a mesma em todos os lugares. As doenças em si são fatos socialmente construídos, o que implica que elas ultrapassam os limites da própria condição clínica. E o HIV/aids é emblemático dessa questão. Analisando-o como fato social, consideramos que a epidemia não se conforma do mesmo modo em todos os contextos onde está presente. O HIV/aids envolveu a mobilização de variados agentes, como o poder público, vários setores da sociedade e os “novos” atores sociais, como as organizações políticas em defesa dos direitos dos homossexuais, emergentes nos anos 80. A história da aids no Brasil se difere em muitos elementos da história da aids nos países centrais, onde ela surgiu como um problema de saúde pública, ainda que os Estados Unidos tenham se tornado o referencial para ações programáticas voltadas aos problemas emergentes pela epidemia aqui no Brasil. Tratando-se de um problema global, a aids vai

assumir conotações próprias referentes aos contextos em que ela se torna uma questão de saúde pública. E, deste modo, a constituição de uma resposta brasileira envolve levar em consideração elementos locais pertinentes à realidade a qual ela se constituiu.

A emergência de atores políticos vivendo com HIV/aids que reivindicavam o protagonismo na resposta à epidemia foi um fato original. A passagem de uma condição clínica para a aquisição de uma identidade social e política, e a visibilidade decorrente desse movimento, fez com que as pessoas afetadas passassem a ser consideradas, ao invés de ‘portadores’ ou ‘aidéticos’, como ‘pessoas vivendo com HIV/aids’ (Terto Jr., 1999a).

Tal questão remete ao modo pelo qual a aids deixa de ser uma questão individual e privada e se politizou, vindo a se estabelecer no domínio público. A experiência de doença em relação ao HIV/aids funde os limites entre as esferas públicas e privadas. Uma *mudança de paradigma* (Herzlich, 2004), estabeleceu-se na medida em que os pacientes assumiram o poder de dizer sobre suas respectivas condições, impondo suas presenças nos hospitais e laboratórios. A mobilização comunitária em resposta ao HIV/aids pelas pessoas que vivem com o vírus iniciou-se ainda na década de 1980. Herbert Daniel, um dos primeiros ativistas da temática HIV/aids e um dos fundadores da ABIA, no ano de 1987, proferiu uma palestra na qual denunciava a discriminação sofrida pelos portadores do HIV em sua condição de doença. O conceito de *morte civil*, denunciava a morte dos direitos humanos pelas pessoas que viviam com HIV/aids. Os conceitos e categorias atribuídos às pessoas infectadas pelo HIV, como o termo aidético⁸, denunciava as discriminações sofridas por essas pessoas por portarem uma doença estigmatizada, que possuía como marcador identitário a orientação sexual e uma vida moralmente desregrada (Daniel, 1991). Em parte, esses preconceitos foram construídos e alimentados pela mídia, amparados pelas próprias instituições médicas e pela epidemiologia, em um contexto de parcas informações sobre a doença. Entretanto, a politização da aids vai propor uma nova forma dela ser interpretada; segundo Herzlich (2004), “*dado seu caráter epidêmico e sua disseminação inicial em grupos específicos, a aids se tornou um fenômeno público e coletivo*”. As experiências dos indivíduos portadores do HIV foram politizadas, tornando-se componentes de mobilização desses agentes em resposta às questões que a própria epidemia demandava, como o estigma e a discriminação. A exemplo, a primeira organização, nos Estados Unidos, de mobilização de pessoas infectadas pelo HIV foi a PLWA – *People Living with Aids*, criada em 1983, cujos objetivos fomentaram a fundação de outras organizações similares (Terto Jr, 1999a). No Brasil, as primeiras mobilizações ocorreram em

⁸ Mais adiante, problematizaremos sobre o estabelecimento de categorias identitárias ao longo da história do HIV/aids.

hospitais e ambulatórios, organizados no espaço físico desses centros médicos, a partir da iniciativa dos próprios pacientes; data do ano de 1995 a criação da *Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV/aids*, que viria a reivindicar o protagonismo da luta contra a aids no Brasil.

A aids vai problematizar a relação entre esfera pública e a esfera privada a partir das experiências dos próprios pacientes com a doença e, principalmente através dos meios de comunicação de massa, por meio do qual também alcançaram a dimensão pública. Segundo Herzlich (2004), *as narrativas pessoais foram parte do esforço para estimular a ação coletiva*. A doença passou a ser contada, então, a partir da perspectiva dos próprios doentes, o que implicou uma mudança na forma de conceber o próprio HIV/aids, na medida em que o movimento de reivindicação do protagonismo das PVHA viria a ser um elemento político importante no próprio desenvolvimento do curso da epidemia no Brasil.

A aids é um fenômeno social que envolve dimensões complexas. Ela se constitui para além dos seus aspectos biomédicos – estamos tratando de uma infecção cujo desenvolvimento epidêmico ocorre através da dinâmica social. E, nesse sentido, não estamos tratando apenas dos aspectos estruturais nos quais a epidemia de HIV/aids historicamente se desenvolveu no Brasil, como classe e gênero. Tratamos, sobretudo, a respeito da construção da aids enquanto um problema social e que, deste modo, suscita respostas e demandas que também são de origens sociais; e, nessa perspectiva, como os sujeitos se localizam nessa dinâmica e são afetados por ela. Assim, se estamos abordando a aids enquanto um problema social, a soropositividade, então, é concebida como uma condição que extrapola o diagnóstico médico para se constituir, também, em uma questão social. Quando tratamos sobre a soropositividade na atual conjuntura brasileira, há que se considerar que ela não se desenvolve do mesmo modo através do tempo, nem para todas as pessoas. Sendo um fenômeno que se constitui socialmente, as experiências de doença em relação ao HIV/aids, construção analítica desenvolvida para tratar da soropositividade neste trabalho, são fenômenos históricos e, como tais, relacionam elementos tanto estruturais, como classe, gênero e geração, quanto individuais, como as trajetórias biográficas, que serão analisadas nessa dissertação. Para tanto, consideramos pertinente fazer uma contextualização histórica a respeito da soropositividade e das formas como ela foi socialmente concebida.

2.3 A respeito da soropositividade

A condição clínica da soropositividade, ao se tornar fator identitário, relaciona uma série de elementos desencadeados ao longo da história da epidemia. A mobilização civil e associação voluntária, a história coletiva da homossexualidade com a aids, o contexto político brasileiro, a aparição pública de indivíduos que assumiram a condição diagnóstica, dentre outros são alguns desses elementos (Terto Jr, 1999a; Valle, 2002a). Parte da discussão sobre aids e soropositividade problematizou esse fenômeno como um processo de formação identitária em contextos de associação voluntária (Valle, 2002a; Terto Jr, 1999a, Pierret, Carricaburu, 1995).

Com o desenvolvimento de novos recursos terapêuticos, a aids se tornou uma doença tratável, o que possibilitou maior expectativa de vida às pessoas que vivem com HIV. Segundo Terto Jr. (1999a), na década de 1980 os primeiros indivíduos assumiram publicamente a condição diagnóstica, possibilitado pela realização do teste anti-HIV. A testagem possibilita o conhecimento do diagnóstico, considerado um evento crucial e um momento de ruptura nas trajetórias individuais e mudança pessoal (Valle, 2002a). É a partir da testagem que os sujeitos tomam conhecimento do seu status sorológico, adquirindo uma condição diagnóstica. Assim, essa condição assumiu categorias distintas ao longo da história do HIV/aids, na medida em que novos atores e novas configurações sociais e biomédicas foram redefinindo a doença em si. Assim, para situarmos nossa discussão, traçaremos um breve panorama do desenvolvimento dessas categorias ao longo do tempo no Brasil.

2.4 Sobre as categorias, o dizer sobre a Aids

As categorias utilizadas para falar sobre sujeitos com sorologia positiva para o HIV são históricas e remetem à condição diagnóstica. O termo *aidético*, por exemplo, de origem biomédica, foi comumente utilizado ao longo da década de 1980. Segundo Valle (2002a), essa categoria emergiu desde que a aids passou a ser administrada por intervenção clínica, a partir da possibilidade de medicalização⁹. Segundo o autor,

⁹ Data do ano de 1987 o uso do primeiro inibidor de transcriptase, o AZT. Esse medicamento, utilizado primeiramente para tratamento de alguns tipos de câncer, foi durante muito tempo um dos poucos recursos

Ser um aidético veio sugerir, portanto, uma identidade abrangente que definia e agregava pessoas das mais diversas trajetórias e experiências sociais, culturais e subjetivas: mulheres aidéticas, pivetes aidéticos, gays aidéticos, etc. (VALLE, 2002)

O aidético, então, viria a se constituir em uma identidade estigmatizada. Durante muito tempo, a representação cultural do aidético foi crucial para definir e identidade social da pessoa com HIV. A partir da possibilidade de manejo da infecção, a soropositividade se relacionaria a uma trajetória moralmente condenada (Valle, 2002a). Importante salientar o papel da imprensa nesse processo. Como uma doença que atingia a condição de evento midiático, representado, sobretudo, pelas imagens recorrentemente vinculadas de pessoas acamadas e em estado terminal de aids¹⁰, bem como a aparição de celebridades que assumiam publicamente a própria condição diagnóstica, como o caso do cantor Cazuzza no Brasil, o desenvolvimento de uma história cultural da aids, intermediada pelos meios de comunicação de massa, viria a reconfigurar imagens, ideias e representações das pessoas atingidas pela doença.

A partir da década de 1990, outra categoria que vigorou, sobretudo no contexto das Ong's/aids, foi *soropositivo*. A partir da vinculação, nos meios de comunicação de massa, de indivíduos que conviviam com o vírus e que retornavam à vida social em condições de “normalidade”, cujo ícone citaríamos o jogador de basquete norte-americano Magic Johnson, passou-se a se falar em *soropositivos assintomáticos*, ou seja, aqueles que estavam infectados pelo HIV mas que não manifestavam os sintomas da aids. Essa categoria contrastava-se com o aidético, uma vez que os soropositivos alcançariam uma vida normal. Outras categorias análogas ao soropositivo, como *portador e doente de aids*, passaram a ser utilizadas pela mídia como meio de se referir uma certa normalidade da vida com HIV. Segundo Valle, “*a imprensa usava categorias e representações que não eram diretamente similares às operadas por um amplo conjunto de atores sociais, cientistas e pessoas soropositivas a leitores e público comum*” (2002a). À medida que pessoas soropositivas passaram a ocupar mais espaços sociais e políticos, se organizaram politicamente e constituíram, então, em uma das mais notáveis novidades políticas desencadeadas como respostas à epidemia. A adoção da

terapêuticos utilizados para tratar a infecção.

¹⁰ Em um contexto externo, podemos citar o trabalho da fotógrafa norte-americana Nan Goldin, *A Balada da Dependência Sexual*, que exibia uma série de fotografias que buscava registrar as expressões da sexualidade na década de 80 em Nova York. Aqui no Brasil, a revista semanal Veja, na edição 1077, de 26 de abril de 1989, trazia em sua capa a imagem do cantor Cazuzza, visivelmente debilitado pela aids, com a seguinte manchete: “Cazuzza, uma vítima da aids agoniza em Praça Pública”. Essa manchete enfatizaria a dimensão pública do sofrimento causado pela aids. Durante muito tempo, a imagem do cantor estampada na publicação viria a ser a mais conhecida imagem cultural corporificada de uma vítima da aids e, sobretudo de um aidético (Valle, 2002).

condição diagnóstica como identidade social e política buscaria romper com as representações da aids como castigo, morte em vida e degeneração moral (Terto Jr., 1999a). Tais questões viriam a produzir efeitos diretos nas representações e possibilidades de construção da soropositividade, que incidiria no modo como os indivíduos afetados pela epidemia, seja em uma perspectiva universal, que englobaria todos aqueles envolvidos com o HIV, ou particular, que diz respeito estritamente aos sujeitos que vivem com o vírus (Terto Jr., 1999a). Muito embora a literatura utilizada para essa discussão aborde os contextos de associação voluntária, não há dúvidas que esse movimento representou a construção de possibilidades de imaginários e representações que viria a ser acessados e ressignificados, pelos mais variados sujeitos, em suas relações com a doença.

Um fator importante nesse processo viria a ser o envolvimento de homossexuais masculinos nas respostas comunitárias dadas à epidemia. O impacto da epidemia de HIV/aids nesse segmento populacional ainda é algo que demanda maiores investigações (Terto Jr., 1999a ; Terto Jr., 2002c). No ocidente, a aids foi socialmente construída como uma doença associada à própria homossexualidade¹¹. Ela suscitou velhos preconceitos contra os homossexuais, em um contexto de patologização da homossexualidade¹².

A relação entre soropositividade e homossexualidade, por se tratar do objeto dessa pesquisa, requer uma discussão mais elaborada, que será desenvolvida a seguir.

2.5 A homossexualidade tratada nessa pesquisa

A homossexualidade masculina é uma categoria central nessa pesquisa não somente devido ao nosso recorte empírico, mas pela questão que estamos tratando. Por um lado, como muitas das minhas leituras estavam focadas em autores discutidos no campo da saúde coletiva, a problematização acerca da categoria homossexualidade passou despercebida mas tornou-se um problema ao longo da pesquisa. O primeiro problema dizia respeito ao uso, bastante difundido, da categoria HSH, *homens que fazem sexo com homens*, que eu considerava inadequada para o trabalho, pelos motivos que se seguirão à discussão dessa seção. Por outro lado, buscava superar a discussão da homossexualidade pela perspectiva

¹¹ Não obstante, o primeiro nome atribuído à síndrome foi GRID: *gay related immunodeficiency*. Para saber mais, ver Perlongher, 1987.

¹² Somente no dia 17 de maio de 1990, a OMS retira a homossexualidade da lista internacional de doenças. Para saber mais, ver

sociológica do desvio (Becker, 2008) por considerar, também, que não dava conta do problema relacionado ao campo do HIV e da aids. Assim, como abordar a homossexualidade nesse trabalho? Primeiramente, foi recorrendo às auto definições tomadas pelos próprios entrevistados: como eles reconheciam a si próprios? Como eu poderia me referir a eles, considerando os impasses aqui expostos? Não via outra alternativa senão recorrer ao que a literatura estava problematizando. O texto de Simões e Carrara, “*Sexualidade, cultura e política: a trajetória da identidade homossexual masculina na antropologia brasileira*” (2007) foi fundamental para abrir novas perspectivas e buscar autores que problematizam e se debruçam a essa discussão. Mesmo diante dessas questões, não discorreremos de uma análise mais pormenorizada sobre a homossexualidade abordada no campo da Sociologia, por julgarmos que não caberia nos limites desse trabalho. Existe uma rica discussão acerca da homossexualidade nas Ciências Sociais brasileiras (Fry, 1982; Carrara e Simões, 2007; Parker, 1991; Perlongher, 2008), bem como acerca da relação entre identidade sexual e dinâmicas de gênero (Connell, 1992). Percorreremos parte da discussão levantada por alguns desses autores.

Um dos trabalhos pioneiros no campo da Sociologia dos estudos sobre a homossexualidade é o da norte-americana Mary McIntosh. No texto clássico *The Homosexual Role* (1996), a autora defende que “papel” seria um conceito preferível para falar sobre a homossexualidade, em substituição à noção de “condição”, que era habitualmente empregada nos estudos acadêmicos sobre o tema. Seu objetivo era romper com a premissa de que a homossexualidade seria uma condição intrínseca a certas pessoas. Uma lógica dicotômica bastante fechada era derivada como consequência dessa premissa, opondo heterossexuais e homossexuais e naturalizando estas categorias, como se elas fossem universalmente aplicáveis a qualquer contexto. Para a autora, essa concepção do modo como se analisa a homossexualidade reforçaria uma compreensão limitada das sexualidades, não correspondendo às dinâmicas e interações eróticas e sexuais que ocorrem no domínio da prática.

Para tanto, a autora trabalha com a ideia de papel, uma vez que a condição, por ser bastante fixa, não corresponderia às práticas das pessoas, tornando a categoria pouco operacional. A noção de papel sugeriria mais as expectativas sociais, que podem se concretizar ou não, sobre quem exerce um determinado papel. Ainda, a autora defende que a noção de papel deve ser analisada dentro de uma perspectiva histórica; sua contribuição para o estudo da homossexualidade no campo da Sociologia se trata de compreender a homossexualidade em uma perspectiva construcionista. Nessa perspectiva, o significado

social da homossexualidade deve ser apreendido dentro de um ponto de vista histórico, tanto como resposta social quanto como identidade individual (MacRae, 1990).

É deste modo que o trabalho de Peter Fry,¹³ pioneiro no Brasil, se debruça na análise de conceitos e categorias que são social e historicamente construídas. A preocupação de Fry estava ancorada no conteúdo e nas formas como os sistemas de representações acerca da sexualidade são produzidos. Em *“Da hierarquia à igualdade: a construção histórica da homossexualidade no Brasil”* (Fry, P. *Para Inglês Ver. Identidade e política na cultura brasileira*, 1982), o autor analisa se baseia em dois modelos disseminados a partir de diferentes classes sociais e contextos geográficos: o modelo hierárquico, tomado pela hierarquia de gênero, bastante disseminado entre as camadas populares, e o simétrico, ou igualitário, cujo princípio norteador se deve à desarticulação entre orientação sexual e gênero, mais disseminado entre as camadas médias e altas dos grandes centros urbanos.

Assim, no Brasil, a discussão acerca da homossexualidade não está dissociada de uma discussão relacionada a outros marcadores sociais da diferença, como gênero e classe. Entretanto, outra questão emerge dessa problemática na literatura brasileira, a respeito de considerar a homossexualidade como identidade, ou seja, *“entendida e operacionalizada na acepção de um conjunto de marcas sociais que posicionam um sujeito em um determinado mundo social”* (Heilborn, 1996). Considerando essa premissa uma hipótese, a identidade é construída relacionadamente em contextos historicamente situados. Tratando-se de um fator identitário, a homossexualidade extrapolaria o plano das práticas para se constituir em um discurso da verdade dos sujeitos sobre si mesmos, dentro de um conjunto de relações sociais.

A problemática da identidade sexual ganha sentido e relevância em um contexto histórica e culturalmente delimitado. Ela se ancora e se impregna do lugar que a sexualidade desfruta/ocupa na cultura ocidental como locus privilegiado da verdade do sujeito. (HEILBORN, 1996)

A discussão sobre indetidade que propomos neste trabalho leva em conta as articulações entre representações, práticas e contextos políticos. Isso implica que *“... para entender a forma e o conteúdo dos sistemas de representações sobre a sexualidade é fundamental perceber que eles são produzidos num contexto político mais amplo”* (Fry,

¹³ Considera-se que o trabalho brasileiro pioneiro a respeito de homossexualidades é a pesquisa realizada por José Fábio Barbosa da Silva, sob orientação de Florestan Fernandes (Green, 2005). O pesquisador, em monografia para um curso ministrado pelo próprio Florestan, realizou trabalho de campo junto a pessoas pertencentes às camadas altas e artísticas na cidade de São Paulo, com o interesse acerca das convicções políticas de homens gays situados nesse grupo. Assim, a discussão sobre sexualidade e classe está no bojo dos trabalhos sociológicos a respeito de homossexuais, e homossexualidade, no Brasil.

1982). Tratando de homossexuais e homossexualidade masculina, estamos nos referindo a uma categoria analítica que circunscreve sujeitos adeptos de práticas sexuais com outros do mesmo sexo anatômico (MacRae, 1990). Ao abordarmos a homossexualidade masculina, estamos explorando a intersecção entre homossexualidade e soropositividade, que sinaliza para modos distintos de se relacionar com o HIV a partir de um recorte de identidade sexual. O problema sob exame nessa dissertação será tratado sob essa perspectiva.

A epidemiologia utiliza a categoria *homens que fazem sexo com homens* (HSH), em que os homossexuais masculinos estão inseridos. Essa categoria buscaria responder melhor as dinâmicas eróticas e sexuais que sujeitos estabelecem com outros do mesmo sexo, tornando-se um conceito importante nas políticas de HIV/aids direcionada às “populações chaves”, aquelas em que a incidência das infecções pelo HIV é maior, e onde os HSH estão enquadrados segundo os órgãos governamentais. Segundo Carrara e Simões,

HSH fez parte de uma estratégia epidemiológica que se supunha contemplar a especificidade do contingente de homens que se relacionavam sexualmente com pessoas do mesmo sexo e não se reconheciam como “homossexuais”, “gays”, “entendidos”, etc. (CARRARA E SIMÕES, 2007).

Ainda segundo os autores, a categoria HSH viria a ter como objetivo o rompimento de um caráter imoral e desregrado que, quando cunhado, envolvia o termo homossexual. Seria uma forma de “higienizar” a homossexualidade que, além de possuir uma conotação negativa, não podia ser representativa de muitos homens que, mantendo relações sexuais com outros homens, não consideravam si próprios homossexuais. Aqui, o impasse refere-se exatamente ao problema que estamos tratando, ou seja, da relação entre identidades e práticas – e como os sujeitos se reconhecem. Como Simões e Carrara discorrem,

Um problema com a categoria HSH é dissolver a questão da não-correspondência entre desejos, práticas e identidades numa formulação que recria a categoria universal “homem” com base na suposta estabilidade fundante do sexo biológico, ao mesmo tempo em que permite evocar as bem conhecidas representações da sexualidade masculina como inerentemente desregrada e perturbadora. (CARRARA E SIMÕES, 2007).

Assim, diante do problema que essa categoria implicaria ao tratarmos sobre indivíduos com práticas, desejos e interações sexuais com outros indivíduos do mesmo sexo, achamos melhor trabalharmos estritamente com sujeitos que reconheciam a si mesmos como homossexuais, ou como se afirmavam, gays.

Eu me defino como gay. Se perguntar o que eu sou, eu sou gay. Não, você ta entendendo? O que você é? Gay. Sou uma pessoa normal, como qualquer uma, que sente tesão, carinho, mas você acha que a sociedade, você é gay, você é gay. (Benjamim Portela, 49 anos)

Mas as minhas primeiras sensações como gay, que eu me lembro mesmo foi a partir dos 14 anos, 13, que eu comecei a sentir atração. (Carlos, 20 anos)

Assim, em que medida a soropositividade constitui um fenômeno distinto para os homens gays? Como já apontado, a histórica e problemática relação entre aids e homossexualidade (desde o surgimento da categoria epidemiológica “*grupos de risco*”, até o reconhecimento de variadas condições de vulnerabilidades específicas a dadas populações) sugerem elementos que fomentam essa discussão. Consideramos que as dinâmicas de gênero também são elementos importantes no processo de construção da soropositividade, uma vez que este se dá de modo diferenciado para homens e mulheres. Assim, compreendemos que dinâmicas sociais marcadas pelo gênero conformam experiências específicas entre homossexuais masculinos. Mas, tratando de homossexualidade masculina e relações de gênero, como estabelecer essa discussão? Esta questão será abordada mais adiante neste trabalho. Antes de tratar dela, se faz necessário discutir a noção de experiência, que servirá para a análise do objeto dessa dissertação.

2.6 Sobre a experiência: uma leitura de J. Scott

Um exame mais detido sobre a análise das experiências foi elaborado pela historiadora norte-americana J. Scott (*A Invisibilidade da Experiência*, 1998). A autora apresenta alguns pontos que consideramos pertinentes para o desenvolvimento da nossa análise sobre as experiências de homossexuais masculinos submetidos às políticas de cuidado para HIV/aids. Scott questiona a visibilidade da experiência de sujeitos marginalizados sem levar em consideração os funcionamentos dos sistemas ideológicos que produzem suas experiências, bem como suas categorias de representação, como elas operam e como representam, assim como a própria ideia de sujeito implicada nela. E esses questionamentos são pertinentes ao problema que estamos tratando.

Para Scott, ao tornar visível a experiência de um determinado grupo, não necessariamente evidenciamos os mecanismos que produzem a diferença, a lógica e o funcionamento interno do grupo sobre o qual estamos tratando. Ao visibilizar experiências, então invisíveis, a partir das evidências constatadas sobre essas experiências, ao considerá-las

como fundamento último do conhecimento, corre-se o risco de trabalhar com noções de sujeitos e categorias sociais estanques e imutáveis.

Se debruçar, em última análise, na evidência da experiência, ou seja, considerar a experiência como referencial em si mesma, implica considerar as categorias que trabalhamos como fixas. Tornar visível a experiência da diferença, para Scott, reproduz sistemas ideológicos dados, mas não os questiona, não analisa seus modos de operação. Ou seja, a questão não se trata de visibilizar as experiências, mas analisar os mecanismos de sua produção para sujeitos situados em posições marginais. Identidades sexuais e soropositividades são consideradas categorias mutáveis e passíveis de transformações ao longo do tempo. A autora aponta a necessidade de referirmos aos processos históricos que posicionam sujeitos e apresentam as suas experiências através do discurso. Na concepção da autora, as experiências também pertencem ao domínio do discurso, sendo esse seu componente social. Para Scott, “*não são indivíduos que têm experiência, mas sim os sujeitos que são constituídos pela experiência*” (1998). Deste modo, a autora defende a necessidade de se historicizar essas experiências, bem como os sujeitos, que são constituídos através dela, através da análise dos seus mecanismos de produção.

Nesse sentido, consideramos que os sujeitos são conformados a partir de processos históricos e sociais nos quais são produzidos. E, portanto, concebemos que os mecanismos que produzem a soropositividade para homossexuais masculinos, ou seja, suas respectivas experiências com o HIV/aids, são históricas, sociais e, também, políticas. Como constituídas pelo discurso, as experiências são produzidas por meio de conflitos entre sistemas discursivos e contradições sobre as quais os significados produzidos são múltiplos. Ou seja, a partir dessa concepção, consideramos que há modos distintos de sujeitos que vivenciam soropositividades, ou seja, existem experiências das mais variadas formas. Para Scott, “*ser um sujeito significa ser ‘sujeito para definir condições de existência, condições de atributos e condições de exercício’*” (1998). Os sujeitos produzem experiências, sobre as quais constroem realidades que são dotadas de sentidos para eles. Mesmo partindo das possibilidades de discursos e experiências, nenhum sujeito está, deste modo, restrito a uma ordem fixa de significado. Ou seja, a experiência é, ao mesmo tempo, individual e coletiva. Para Scott, a experiência se trata da história do sujeito, sendo a linguagem o campo através do qual sua história é constituída.

E, assim como o discurso produz sujeitos e experiências, ele torna histórico aquilo que, de antemão, é considerado imutável. Assim como o social e o individual são inter-relacionados, sujeitos e experiências são historicamente variáveis. Isso implica que nossas categorias de análise são contingentes e contextuais. E, nesse sentido, a contextualização

histórica não é apenas o pano de fundo da nossa análise; ela é o elemento através do qual a análise é possível. Para Scott,

O que conta como experiência não é auto evidente, nem direto; é sempre contestado e, portanto, sempre político. O estudo da experiência, conseqüentemente, deve trazer à discussão seu status originário na explicação histórica. (SCOTT, 1998)

Assim, trabalhamos na perspectiva de um desenvolvimento e produção de experiências que, longe de serem considerados elementos isolados e individuais, estão associados a um contexto social mais amplo. Nesse sentido é que trabalhamos com experiências de sujeitos inseridos a políticas de cuidado contínuo. Assim como há variadas homossexualidades, há variados modos de produção de soropositividades. E estamos tratando de soropositividades que são constituídas a partir da inserção dos sujeitos nas políticas de cuidado. Trataremos mais sobre essa questão adiante.

2.7 A Experiência com o HIV

As experiências de doença são consideradas fenômenos sociais, desenvolvidas em espaços sociais e condicionadas por dinâmicas fundamentalmente sociais. Deste modo, concebemos nosso problema a partir de dois fatores apresentados de modo relacionados: as trajetórias biográficas e a estrutura social (Pierret, 2003).

O HIV/aids é considerado, atualmente no Brasil, uma doença crônica (Brasil, 2013); tratando-se desse tipo de doença, dois fatores lhe são característicos: o período ilimitado de tempo, e o cuidado, uma vez que ainda não é uma doença curável. Em relação ao HIV/aids, segundo Pierret, elencamos três eixos distintivos:

- ➔ As várias fases que constituem a *carreira moral* dos indivíduos com o HIV/aids, e os processos sociais pelos quais, durante cada fase, os indivíduos atribuem significados às experiências com a doença;
- ➔ A relação entre a *dimensão individual* e a *dimensão coletiva* relacionada ao cuidado e à experiência com o HIV;
- ➔ As características gerais das doenças crônicas e as especificidades do HIV/aids enquanto uma doença crônica.

2.7.1 A Carreira Moral do HIV/aids

O conceito de carreira que utilizaremos nesse trabalho é o de Goffman (1974) que, em um sentido amplo, refere-se a qualquer trajetória percorrida por uma pessoa. O sentido aqui utilizado, seu elemento moral, é ambivalente, considerando-se que, ao se analisar uma determinada trajetória, assuntos privados e posições oficiais são inter-relacionados. Assim, o conceito nos ajuda a transitar do domínio público para o privado, e fazer o movimento contrário. O sentido moral da carreira refere-se às sequências regulares que as mudanças provocam no eu, e no esquema de imagens para um indivíduo julga a si mesmo e os outros (Goffman, 1974). Para o autor, o conceito de carreira moral nos permite analisar as circunstâncias comuns e as respostas a essas mesmas circunstâncias que, no caso, se dão de maneiras bastante semelhantes. Nesse sentido, uma vez que o eu é moldado a partir das circunstâncias que são comuns a sujeitos na mesma situação, trata-se de um elemento social, ou melhor, um atributo ao poder de forças sociais cujo status de doente, ou portador do HIV, permite a sua própria reelaboração social. A carreira do indivíduo com o HIV/aids inicia-se com a testagem para identificar a existência de anticorpos para o vírus e, assim, constatar a infecção, de modo a definir seu status sorológico. Tratando-se de uma doença ainda sem cura e que demanda cuidado contínuo, não existe um ponto final nessa carreira, porém, consideramos a supressão da carga viral, através do uso da TARV, como uma etapa chave do processo¹⁴. Assim, a trajetória dos indivíduos com o HIV/aids, é marcada por etapas, como a realização do teste, o recebimento do diagnóstico, a inserção nos serviços de saúde, o início da TARV e o tratamento.

2.7.1.1 A testagem anti-HIV

A testagem anti-HIV é considerada uma técnica de caráter biomédico que possui implicações sobre as trajetórias dos indivíduos que se submetem a ela. Conforme Valle (2010), a confirmação do status sorológico mediante o teste se trata da primeira etapa de um percurso de familiarização, aprendizagem e inserção dos indivíduos em uma rotina de mudanças e adequação de hábitos, que se fundamenta nas estruturas clínicas de saúde e,

¹⁴ Como já colocado na apresentação desse trabalho, o conceito de cascata, que se trata do processo de monitoramento clínico das PVHA é considerado, nesse trabalho, análogo ao conceito de carreira. A cascata de cuidado contínuo possui cinco etapas: diagnóstico, vinculação aos serviços de saúde, retenção nos serviços de saúde, uso da TARV e supressão da carga viral. Em nossa análise, estabelecemos três etapas que consideramos englobar as demais e que melhor se adequa à carreira: testagem, vinculação nos serviços de saúde e TARV. Cada uma dessas etapas será discutida mais detidamente adiante. Para saber mais sobre a cascata, ver Brasil, 2014.

também, no contexto social de participação; assim, nós a consideramos como a primeira fase da carreira moral do indivíduo com o HIV/aids. A testagem anti-HIV é tida como a porta de entrada para o cuidado contínuo. Segundo o autor, esse teste é considerado

Um processo histórico de formação individual e social, cujos efeitos são gerados tanto na esfera institucional, a partir da vinculação dos sujeitos às estruturas de saúde, como nas esferas privadas e sociais, como família, trabalho, relacionamentos afetivos sexuais, dentre outros (VALLE, 2010)

Deste modo, a testagem é concebida como um mecanismo através do qual se constitui o processo de inserção, tanto individual quanto coletiva, nas práticas clínicas e institucionais, e que conduzem à segunda fase da carreira, a vinculação aos serviços de saúde. Entretanto, na perspectiva das políticas públicas, a testagem é crucial, sobretudo para as políticas de HIV/aids, uma vez que sua utilização, com o objetivo de diagnosticar precocemente a infecção, é tida como medida de saúde pública, considerando-se que o início precoce do tratamento garante não somente maior longevidade e qualidade de vida das PVHA, como diminui drasticamente as possibilidades de transmissão do vírus¹⁵ (Brasil, 2013).

Considerando-se os efeitos das políticas públicas na definição dos sujeitos e suas trajetórias, a testagem, como um mecanismo da política de vigilância epidemiológica e de cuidado, envolve processos complexos que conduzem a práticas de governamentalidade, e que alcançaria níveis distintos da vida social, desde os espaços institucionais, como hospitais, laboratórios de análises clínicas e Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA's), como o domínio privado. Como a primeira etapa da carreira de cuidado contínuo, a testagem já conduz ao estabelecimento da relação com um espaço institucional de cuidado e tratamento. Considerando-se os efeitos da testagem nas trajetórias individuais, é a partir dessas trajetórias que será possível identificar e compreender o processo que conduz os indivíduos a realizar a testagem. Segundo Pollack (1988), ainda no início da epidemia, a vontade de saber a situação diagnóstica e a capacidade de assumir a doença seria mais forte entre os homossexuais mais declarados em detrimento dos não assumidos, uma vez que a aids seria um fator desencadeador e revelador das práticas sexuais, sobretudo as práticas homossexuais. Ainda, no contexto atual, é importante pontuar a mudança de orientação das políticas públicas de HIV/aids, a partir da ênfase na testagem e o conhecimento do status sorológico, o que se

¹⁵ No Brasil, o diagnóstico de da infecção pelo HIV é regulamentado pela portaria 29 de 17 de dezembro de 2013. Essa portaria, que assegura a testagem anônima, objetiva ampliar o acesso ao diagnóstico, no âmbito do SUS, e considera que a identificação dos indivíduos diagnosticados os protege, contribui para o controle da infecção bem como a disseminação do vírus. Para ver mais, <http://www.aids.gov.br/pagina/testagem-para-hiv>, acesso em 18 de novembro de 2015.

revela nos dados recentes do Boletim Epidemiológico (Brasil, 2014), de uma queda, nos últimos 5 anos, de diagnóstico tardio, entre homens, de 35% para 26%; o diagnóstico tardio é considerado, segundo o Boletim, como a contagem de células de CD4/mm³, menor que 200, que se trata de um indicativo do estágio da infecção, e também do tempo que o organismo está em contato com o vírus. De todo modo, é importante pontuar que a realização da testagem está relacionada ao modo como indivíduos e grupos se consideram vulneráveis à infecção HIV/aids. Na nossa pesquisa, parte dos indivíduos foram realizar o teste anti HIV não por se considerarem vulneráveis à infecção, mas sim em decorrência de outras infecções sexualmente transmissíveis. No capítulo das entrevistas, discorreremos mais sobre essa questão.

2.7.1.2 A Vinculação aos Serviços de Saúde

Os serviços de saúde em relação ao HIV/aids se constituíram em uma resposta governamental para a emergência da epidemia, ainda na década de 1980. O Programa Nacional de Aids, instituído no ano de 1985, com o objetivo de estabelecer programas de vigilância e controle epidemiológico, passou por reestruturações ao longo da sua história, desembocando na criação, no ano de 2011, do Departamento de DST Aids e Hepatites Virais (DDAHV). Esse órgão é vinculado à secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde brasileiro, e tem como objetivo a redução da transmissão do vírus e garantir maior qualidade de vida aos pacientes¹⁶. Através de uma política de descentralização dos serviços, sendo essa uma das principais características do SUS, os serviços especializados de atendimento oferecidos pelo DDAHV se organizam, basicamente, em três órgãos: os Centros de Testagem e Acolhimento (CTA), Serviços de Atendimento Especializado (SAE) e os Centros de Referência e Treinamento (CTR).

Os CTA's são serviços especializados de saúde cujo objetivo é a promoção do acesso ao aconselhamento e diagnóstico das chamadas infecções sexualmente transmissíveis (IST's), sobretudo HIV, hepatites virais e sífilis, além da prevenção às demais infecções. Através da oferta de exames e testes de detecção, esses serviços se caracterizam, também, pelo aconselhamento antes e após a testagem, que é considerado um fator importante do processo de diagnóstico do HIV. Através do aconselhamento, objetiva-se o estabelecimento de vínculos

¹⁶ Para ver mais, <http://www.aids.gov.br/pagina/o-que-faz-o-departamento>, acesso em 15 de janeiro de 2016.

dos usuários com os serviços de saúde, o mapeamento das condições de vulnerabilidade dos indivíduos que recorrem a esses serviços, além das orientações sobre o teste.

Por sua vez, os SAE's são unidades ambulatoriais de atenção às PVHA. Esses serviços se caracterizam pela presença de uma equipe multidisciplinar que oferecem assistência, tanto individual quanto coletiva, às PVHA. Outra importante missão desses serviços é a promoção da qualidade de vida das pessoas que recorrem aos serviços, além da oferta dos exames, atendimento clínico multidisciplinar durante todas as fases do processo saúde-doença, além da realização de ações de vigilância epidemiológica.

Os CTR's, por sua vez, para além das características dos outros dois serviços especializados citados, se constituem em unidades de referência de atenção integral à saúde das PVHA e demais IST's, e formação de pessoal especializado de atenção à saúde.

A vinculação aos serviços de saúde se trata de uma etapa fundamental da carreira do indivíduo com a doença. Assim, todo indivíduo em tratamento está, necessariamente, vinculado a algum serviço público de saúde, seja para consultas e exames laboratoriais, seja pela dispensação de medicamentos, uma vez que eles são distribuídos estritamente pela rede pública de saúde.

2.7.1.3 Terapia Antirretroviral Combinada

A política brasileira de DST/Aids, de bastante êxito durante anos, se tornou um modelo de enfrentamento à epidemia de aids para países em desenvolvimento. O sucesso da política brasileira se deveu por uma série de fatores, dentre os quais, talvez o mais significativo, a distribuição de medicamentos antirretrovirais pelo sistema público de saúde (SUS). O programa brasileiro de acesso universal à TARV teve, inegavelmente, um impacto na morbidade e mortalidade dos casos de aids no país. Desde o ano de 1987 é utilizado um inibidor de transcriptase reversa, o AZT, classe de medicamentos utilizados para tratamento da infecção pelo HIV, porém, os avanços mais significativos que interviram no curso da epidemia só foram possíveis a partir do ano de 1996, quando então, a partir da combinação de pelo menos três medicamentos, o chamado “coquetel”, passou a ser oferecido pela rede pública de saúde. A terapia antirretroviral, TARV, foi disponibilizada pelo SUS através da lei federal 9.313 de 13 de novembro de 1996, que por sua vez garante acesso universal e gratuito ao tratamento aos doentes de aids. Segundo Berkman et. al (2005), a promessa de tratamento representou um incentivo à testagem, além do fato de que a distribuição universal criou mais pontos de acesso ao tratamento, permitindo sua ampliação. Deste modo, o uso de terapia

combinada para o tratamento da infecção representou um avanço na possibilidade do cuidado e na melhoria da qualidade de vida das PVHA. Segundo Dourado et. al (2006), uma outra estratégia importante que fez parte da política de medicamentos do, então, Programa Nacional de DST e Aids (PN-DST/AIDS) foi o estabelecimento de recomendações técnicas para utilização da TARV. A política de assistência inclui, além da distribuição dos medicamentos, assistência ambulatorial especializada, hospital dia e assistência domiciliar terapêutica (Dourado et. al, 2006). Além do mais, com a eficácia do tratamento, constitui-se, assim, uma nova categoria entre a população soropositiva: os soropositivos assintomáticos, considerados aqueles cuja carga viral está suprimida pelo uso da medicação.

No ano de 2013 foi publicado o “Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos (PCDT), no qual recomendou-se o início imediato da TARV em indivíduos recentemente diagnosticados, independentemente da contagem de células CD4. Se antes o início do tratamento era altamente recomendado para indivíduos que começariam a desenvolver a aids ($CD4 < 200$), com as novas diretrizes, objetivou-se expandir e submeter imediatamente todos os indivíduos diagnosticados no tratamento.

Importante considerar que o início do tratamento com a TARV entre os diagnosticados com HIV se trata de uma das etapas da cascata de cuidado contínuo, adotada pelo MS como política de monitoramento. Uma das metas acordadas pelo Brasil na OPAS se trata da 90-90-90, ou seja, 90% das PVHA diagnosticadas, 90% em TARV e 90% das PVHA em TARV com supressão da carga viral. A TARV é um elemento essencial da política de monitoramento e vigilância epidemiológica.

2.7.2 A dimensão individual e a dimensão coletiva no cuidado e experiência da doença

O cuidado contínuo com o manejo da infecção envolve um processo de familiarização e rotinização de práticas clínicas pela pessoa infectada (Valle, 2010b). A monitorização do corpo, mediante a inserção em uma rotina de exames contínuos e o consumo diário de medicamentos acarretam um controle detalhado das sensações corporais, uma importante dimensão do processo de se tornar soropositivo, e que faz parte da realidade da vida com HIV para sujeitos em tratamento. A familiarização com um novo vocabulário, a partir do aprendizado de termos de origem biomédica, como CD4, CD8 e carga viral, implica, segundo Valle (2010b), uma série de expectativas por parte das pessoas com HIV. Isso porque, segundo o autor, a própria definição de saúde e doença se torna mais molecular e sistêmica,

uma vez que o controle da infecção e o tratamento se relaciona não diretamente com as sensações corporais, mas com os resultados obtidos a cada exame realizado. Assim, a concepção de bem-estar de uma pessoa com HIV é associada aos resultados dos exames realizados periodicamente.

O conceito de cascata de cuidado contínuo, em etapas, das PVHA, refere-se à inserção dos sujeitos à política de cuidado. O desenvolvimento da epidemia se dá nas dinâmicas sociais, mas o seu controle, pelas instituições governamentais, se estabelece mediante a instauração de políticas de vigilância epidemiológicas e tratamento. Assim, essas políticas se pautam a partir de marcos regulatórios para controle da epidemia, estabelecidas em um plano global e local. Nesse sentido, concebemos que a política é uma dimensão importante do desenvolvimento de uma epidemia, sobretudo com as características da epidemia de HIV/aids no Brasil. Para problematizarmos essa questão, recorreremos à análise de Foucault sobre a biopolítica, ou seja, *a crescente implicação da vida natural do homem nos mecanismos e cálculos do poder* (Aganbem, 2010) para compreendermos essa dinâmica.

2.8 A biopolítica do cuidado

O cuidado se dá mediante a inserção dos sujeitos a um conjunto de práticas clínicas e institucionais e, nesse sentido, refere-se a práticas de governamentalidade. Uma problematização nesse sentido nos leva a analisar a vida, e o cuidado, pela perspectiva do poder que cuida. Foucault (2005) discorre a respeito da teoria clássica da soberania, que se refere ao direito de vida e ao direito de morte. O poder soberano, o de causar a morte ou deixar viver, para o autor, introduz uma assimetria de poder que pende mais para o lado da morte. Ou seja, o direito à vida se exerce quando ao soberano é legítimo matar para guardar seus próprios interesses. A partir do século XIX¹⁷, vê-se surgir uma transformação do direito político que consiste na complementação do velho direito de soberania: o poder de “fazer” viver ou de “deixar” morrer.

¹⁷ No capítulo V da *História da Sexualidade* (Direito de morte e poder sobre a vida), Michel Foucault discorre a respeito das transformações ocorridas na época clássica que originaram um novo regime de poder. O poder soberano caracteriza-se pela capacidade de apreensão das coisas: do tempo, dos corpos e da vida. Na época clássica, desenvolveu-se novos mecanismos de poder no Ocidente, para além do confisco, cuja função seria de incitação, controle, vigilância e organização das forças. Deste modo, o direito de morte se deslocaria nas exigências de um poder de gestão da vida. A morte, segundo Foucault, fundamentava-se no direito do corpo de garantir a própria vida. Para ver mais, Foucault, 1999.

Nessa nova configuração, cuja genealogia é explicada por Foucault no volume 1 da *História da Sexualidade (A Vontade de Saber)*, a vida é problematizada no campo da análise do poder político. A transformação se dá, então, nos mecanismos, técnicas e tecnologias de poder, que por sua vez seriam centradas em dois eixos: uma no corpo individual, através de técnicas cujo objetivo seria a criação de um tipo de tecnologia disciplinar do trabalho, menos onerosa, mediante um sistema de vigilância e docilização dos corpos. A outra seria voltada ao homem-espécie, ou seja, ao surgimento de um corpo em massa. Segundo Agamben,

O ‘limiar da modernidade biológica’ de uma sociedade situa-se no ponto em que a espécie e o indivíduo enquanto simples corpo vivente tornam-se a aposta que está em jogo nas suas estratégias políticas (AGAMBEN, 2010)

Foi no século XVIII que se observou o surgimento de uma tecnologia de poder que segundo o autor embute, integra e modifica a técnica disciplinar direcionada não somente ao homem-corpo, mas ao homem-espécie. Segundo Foucault,

... A disciplina tenta reger a multiplicidade dos homens na medida em que essa multiplicidade pode e deve redundar em corpos individuais que devem ser vigiados, treinados, utilizados, eventualmente, punidos. (FOUCAULT, 1999)

Essa nova tecnologia disciplinar é direcionada à multiplicidade dos homens que, segundo o autor, constituem “*uma massa global, afetada por processos como o nascimento, a morte, a produção, a doença, etc*”. Ou seja, Foucault está tratando sobre duas tomadas de poder: uma individualizante e outra massificante. Para o autor, o poder soberano de causar a morte ou deixar viver passou a ser substituído, então, pelo de causar a vida ou devolver a morte. É o que ele denomina *biopolítica* da espécie humana, ou seja, o desenvolvimento de um poder cuja função é investir sobre a vida.

A biopolítica se caracteriza como um modo de poder cuja função seria investir sobre a vida de modo verticalizado, de cima para baixo. A técnica do poder soberano, agora, refere-se à administração dos corpos, à regulação das populações. Discute-se, então, a entrada da vida na história, ou seja, os fenômenos próprios à vida na ordem do saber e do poder no campo das técnicas políticas. Conforme o autor,

Pela primeira vez na história, sem dúvida, o biológico reflete-se no político; o fato de viver não é mais esse sustentáculo inacessível que só emerge de tempos em tempos, no casado da morte e de sua fatalidade: cai, em parte, no campo do controle do saber e de intervenção do poder. (FOUCAULT, 1999)

Deste modo, emerge uma tecnologia do poder sobre a população, contínua e científica, que se trata do poder de “fazer viver”. E eis que agora aparece um poder que eu chamaria de regulamentação e que consiste, ao contrário, em fazer viver e em deixar morrer”. Para Foucault a biopolítica se apresenta nos seguintes termos:

Trata-se de um conjunto de processos como a proporção dos nascimentos e dos óbitos, a taxa de reprodução, a fecundidade de uma população, etc. são esses processos de natalidade, de mortalidade, de longevidade que, justamente na segunda metade do século XVIII, juntamente com uma poção de problemas econômicos e políticos constituíram, acho eu, os primeiros objetos de saber e os primeiros alvos de controle dessa biopolítica. (FOUCAULT, 1999)

Nesse sentido, as epidemias possuem um lugar central na teoria da biopolítica foucaultiana. O problema da morte permanente que afeta uma população, da subtração das forças, daquilo que pode ter um custo, sobretudo para a racionalidade econômica – o tempo de trabalho ou o que pode custar sobre uma população. Aquilo que afeta não somente o corpo-máquina, mas o corpo-espécie. Não à toa, a medicina, assim como as instituições de assistência e as cidades, são campos, por excelência, de intervenção da biopolítica. Faz-se necessário cuidar, tratar, extirpar o que afeta uma população. O problema se coloca nos seguintes termos:

A biopolítica lida com a população, e a população como problema político, como problema a um só tempo científico e político, como problema biológico e como problema de poder... (FOUCAULT, 1999)

Dentro de uma perspectiva histórica, se trata do biológico que se reflete no político. A vida entra no campo do saber e de intervenção do poder. O poder encarregado sobre a vida precisa fazer uso de mecanismos de regulação e correção tanto no nível individual (corpo) quanto no coletivo (população). A disciplina viria a se constituir em um mecanismo de poder sobre o corpo individual e, nesse sentido, a norma viria a se constituir no desenvolvimento do biopoder, assim como mecanismos reguladores, amparados pelo Estado, ao nível das populações. Tratamos, assim, de duas questões: a disciplina do corpo e a regulação das populações; a vigilância, controle e ordenação dos corpos, e a medição e intervenção das populações, ou, em outros termos, dois mecanismos: um disciplinar e outro regulamentador. A norma viria a ter função regulatória, cada vez mais integrado com as instituições judiciárias. Para o autor,

Pode-se dizer que o elemento que vai circular entre o disciplinar e o regulamentador, que vai se aplicar, da mesma forma, ao corpo e à população, que permite a um só tempo controlar a ordem disciplinar do corpo e os acontecimentos aleatórios de uma multiplicidade biológica, esse elemento que circula entre um e outro é a norma (FOUCAULT, 1999)

A norma ocuparia um lugar de articulação entre os dois mecanismos de poder que atuam tanto no nível individual quanto no coletivo, dentro da perspectiva de uma biopolítica exercida pelo biopoder; *“uma sociedade normalizadora é o efeito histórico de uma tecnologia de poder centrada na vida”* (Foucault, 1999). Assim, a norma articularia as dimensões individuais e coletivas no cuidado e na experiência da doença, na medida em que essas experiências ocorrem mediante o exercício de um poder cuidador sobre as condutas humanas. As tecnologias de poder possuem efeitos individualizantes, uma vez que o poder em si se trata da regulação dos fluxos e da normalização de uma população, estabelecendo um limite entre o saudável e o patológico, o normal e o anormal. As tecnologias de governo, por meio da produção de normas, produzem indivíduos e populações disciplinadas (e acrescentaria disciplináveis) e, nesse sentido, o cuidado se relaciona a regimes de governamentalidade que produzem condutas e, também, experiências.

2.9 As especificidades da aids enquanto uma doença crônica

A aids refere-se a uma síndrome de vários estados patológicos, cujos meios de transmissão se dá de variadas formas. A cronificação da aids está relacionada à disponibilidade de tratamento e a possibilidade do manejo da infecção a partir de recursos terapêuticos, como a terapia antirretroviral. O contexto de cronificação da doença refere-se à conjuntura social, política e biomédica, que oferece uma base terapêutica consistente para o tratamento da infecção pelo HIV. Embora o tratamento seja disponibilizado pelo sistema de saúde, seu acesso não se dá de modo igual para toda a população, haja em vista as diferenças, sobretudo regionais, em um país de dimensões continentais como o Brasil. As diferenças nas taxas de morbidade e mortalidade, entre os contingentes populacionais mais atingidos pela epidemia e pela razão de sexo (Granjeiro et. al, 2014) evidenciam os aspectos desiguais de acesso ao tratamento para a doença, muito embora esse não seja o foco dessa dissertação, uma vez que estamos tratando de sujeitos em tratamento. Entretanto, outros aspectos também relevantes precisam ser evidenciados, como os elementos que construíram as representações e

o imaginário social sobre a aids como uma doença relacionada a um comportamento imoral e desviante. Segundo Pierret (1992), dois elementos importantes distinguem a aids das demais doenças crônicas: a incerteza e o estigma. Discutiremos esses aspectos adiante.

2.9.1 Incerteza

Durante o trabalho de campo, ficou evidente a diferença, entre os indivíduos, sobre a incerteza do tratamento e a possibilidade de se viver com o HIV. Dentre os entrevistados, sobretudo para um deles que recebeu o diagnóstico no ano de 1994, ou seja, em um contexto de tecnologias biomédicas ainda parcas para o tratamento, a incerteza foi o elemento que se sobressaiu na relação dos sujeitos com a doença. Não somente pela possibilidade iminente da morte, mas que de fato em muito se assemelhava a realidade da doença naquele contexto. Pierret (1992) coloca duas questões que envolvem a incerteza provocada pelo HIV: incerteza considerada como a evolução da condição de uma pessoa HIV positiva e incerteza como manuseio dos vários riscos que envolvem a infecção.

A incerteza, segundo a autora, aponta para um sentimento de urgência para alcançar os objetivos da vida. É como se a vida ficasse mais “curta”. Um dos entrevistados, por exemplo, economizou dinheiro suficiente para comprar uma casa para si, para que pudesse ter um lugar onde ficar quando sua saúde se debilitasse. Outro fator apontado por Pierret se refere ao fato de que muitas pessoas com HIV não sabem exatamente o momento da infecção (que, durante nossas entrevistas, não se verificou pelos entrevistados esse fator, uma vez que, com exceção de dois entrevistados, os demais souberam identificar as mais prováveis situações que a infecção ocorreu), o que acarretaria uma ansiedade provocada pelo fato de não saber quando cairão doentes; em um contexto de terapia combinada, essas questões são bastante questionáveis. No capítulo da apresentação e análise dos dados, nos deteremos sobre como esse aspecto interfere na relação dos sujeitos com o HIV.

2.9.2 Estigma

O estigma é considerado um dos principais atributos que distingue o HIV/aids das demais doenças tratadas pela Sociologia, e nos remete aos vários discursos e representações sociais sobre a aids que tomaram forma antes mesmo que os indivíduos tivessem experiências diretas com a doença. Desde o discurso de Jonathan Mann na Assembleia Geral das Nações Unidas, em 1987, sobre a terceira epidemia de aids, a epidemia das respostas culturais,

econômicas e sociais pelos níveis elevados de estigma e discriminação e, também, negação coletiva, o estigma tem sido uma questão central nos estudos e análises relacionadas ao HIV/aids e suas implicações sociais. O imaginário social sobre a aids, relacionada ao pânico moral, punição divina e sentimentos de vergonha (Pierret, 1992; Sontag, 2007; Treichler, 2006), são atributos que se referem a construções sociais e discursos que fazem da epidemia de HIV/aids uma “epidemia de significação” (Treichler, 2006). A esse respeito, a autora argumenta que a aids se desenvolve, também, no plano do discurso, e relaciona imaginários coletivos de pânico e medo provocados, sobretudo, pelo modo como as instituições lidaram com a doença no início da epidemia, na década de 80. Segundo a autora, *“as conexões entre sexo, morte e homossexualidade feita inevitavelmente pela história da AIDS (...) para ser lido como a história de uma metáfora”*.

Deste modo, como apontado por Pierret (1992), dentre as várias características específicas da infecção pelo HIV, o estigma é uma das mais importantes e que nos ajuda a compreender o impacto desses discursos e metáforas nas experiências dos indivíduos, juntamente com o tempo de convivência com o HIV. Segundo Parker e Aggleton (2001), a incapacidade coletiva de enfrentamento ao estigma e a discriminação sofrida pelas PVHA se deve, sobretudo, pelos limites teóricos e metodológicos para se lidar com o problema. Quando se discute estigma na Sociologia parte-se, pelo próprio pioneirismo, da análise de Goffman (1975), cujo conceito é geralmente compreendido como um atributo depreciativo que serve para desacreditar um indivíduo. Entretanto, para os autores, faz-se necessário um entendimento mais completo e menos individualizante do estigma e da estigmatização, concebida por eles como processo social. Segundo os autores,

O estigma, entendido como um atributo negativo, é mapeado sobre as pessoas, que por sua vez e em virtude de sua diferença entendem-se como negativamente valoradas na sociedade. (PARKER E AGGLETON, 2001)

Assim, o estigma é considerado, então, como um mecanismo social que envolve relações de poder e desigualdades sociais. Os autores argumentam que o estigma desempenha um papel importante nas reproduções dessas relações desiguais de poder em todos os sistemas sociais. Ao se analisar o estigma como processo social e produto de forças de desigualdade já existentes na sociedade, como a diferença de gênero, orientação sexual e classe, faz mais sentido quando relacionado ao HIV e à aids. Ou seja, no campo do HIV, uma análise mais específica sobre o estigma considera as dimensões estruturais na qual ele se produz e reproduz, a partir de padrões de dominação e opressão. Conforme Parker e Aggleton,

Primeiro, é importante reconhecer que o estigma e a estigmatização se formam em contextos específicos de cultura e poder. O estigma nunca surge em um vácuo social. Ele tem sempre uma história, que tem influência sobre quando ele aparece e sobre a forma que ele assume (...). Em segundo lugar, é importante entender melhor como o estigma é usado pelos indivíduos, comunidades e pelo Estado para produzir e reproduzir desigualdade social. Terceiro, é importante reconhecer como o entendimento do estigma e da discriminação nestes termos encoraja o foco sobre a economia política da estigmatização e suas ligações à exclusão social (PARKER E AGGLETON, 2001)

Considerando-se que o estigma é um processo que se baseia na diferença social, a partir de uma dinâmica social de desigualdade e desequilíbrio de poder, o estigma em relação ao HIV/aids é, também, um produto desse desequilíbrio. Dentro de uma dinâmica de desigualdade, na qual a sexualidade ocupa um lugar importante, o estigma não deixa de ser, também, relacionado às populações atingidas pela doença, como os homossexuais masculinos.

Entretanto, no que se refere ao cotidiano e às experiências dos indivíduos com o HIV/aids, o estigma é um instrumento relacionado às estratégias de interação com outros atores, principalmente sobre experiências de rejeição e proteção (Pierret, 1992). No plano individual, as pessoas lidam com a estigmatização em relação ao HIV a partir da confidencialidade que, por sua vez, no caso brasileiro, é resguardado legalmente¹⁸.

Nesse sentido, manter o status sorológico em segredo, ou revelado somente a pessoas com extrema relação de confiança, denota uma estratégia de se evitar a lidar com a estigmatização. Na nossa pesquisa, nós analisamos o processo que conduziu os entrevistados a revelar a condição diagnóstica, a quem e, também, as motivações, como meio de compreendermos a dimensão do estigma nas experiências dos sujeitos, que será discutido no capítulo da análise dos dados.

Assim, dado como o estigma se relaciona com o HIV/aids, ele é um elemento importante que configura a soropositividade, sobretudo para homossexuais masculinos. Algumas das dinâmicas que conformam as experiências com HIV são produzidas em relação a processos de estigmatização, como a manutenção do segredo quanto o uso da medicação, as negociações com parceiros sexuais sobre prevenção e a omissão da condição diagnóstica. Durante o trabalho de campo no CTR, alguns questionamentos ouvidos a respeito da localização da farmácia dispensadora de medicamentos, pelo fato dela ser visível da rua, foi

¹⁸ Segundo a Declaração dos Direitos Fundamentais da Pessoa Portadora do Vírus da Aids, documento do ano de 1989, no item X consta que todo portador do vírus tem direito a comunicar apenas às pessoas que deseja seu estado de saúde e o resultado dos seus exames, resguardando o direito à confidencialidade. Recentemente, a lei federal nº 12.984, de 02 de junho de 2014, assinada pela presidenta Dilma Rousseff, criminaliza condutas discriminatórias ao portador de HIV e doente de aids em razão da sua condição diagnóstica. Para ver mais, http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2014/Lei/L12984.htm, acesso em 02 de abril de 2016.

indicativo dessa questão. Em uma das entrevistas, foi relatado sobre a atenção prestada quando, no momento da consulta, não ser “pego” por algum conhecido. Ademais, a normalização da vida com HIV, como ele se manifesta, então, aos sujeitos?

3. METODOLOGIA

Meu envolvimento com o tema HIV/aids se iniciou a partir da minha participação, motivada por amigos próximos que descobriram ser portadores do HIV, em uma rede social voltada para soropositivos¹⁹. Assim, na medida em que fui observando as estratégias utilizadas pelos usuários dessa rede social no manejo com a infecção, e as transformações que a experiência da condição diagnóstica trazia para o cotidiano daquelas pessoas, busquei questionar e problematizar, sociologicamente, aquela realidade que, até então, era desconhecida para mim. E, como homem gay nascido em meados da década de 1980, minha educação sexual se pautou pela possibilidade de convivência com a aids. A incursão sexual de um homem gay sempre vem acompanhada pelo receio da possibilidade iminente da infecção. Acompanhando algumas pessoas próximas ao meu círculo social que vivem com HIV, busquei me colocar no “lugar do outro” e, deste modo, realizar um exercício de alteridade, problematizando algumas tensões pelas quais meus amigos passavam pela condição de ser soropositivos para o HIV; dentro de uma concepção universalista (Terto Jr., 1999a), que considera viver com HIV/aids todos aqueles que estão envolvidos, direta ou indiretamente, com a doença, também me considero uma pessoa que vive com HIV. O questionamento de pressupostos relacionados ao conhecimento prévio que eu tinha sobre a aids, meus próprios preconceitos e desconhecimento do que se tratava a doença foi fundamental para construir uma problemática voltada para as questões que tratarei nessa dissertação. Tal exercício foi fundamental para o processo de afastar-me dessa condição e, assim, transformar essa questão social em um objeto sociológico.

No projeto original dessa dissertação, meu objetivo de pesquisa era investigar as interações entre usuários de um centro de tratamento para doenças infecciosas de Belo Horizonte, o *Centro de Treinamento e Referência em Doenças Infecto-Parasitárias Orestes Diniz* (que, para simplificar a referência à instituição, como seus usuários referem-se à instituição, utilizarei nas próximas vezes a sigla CTR), e os profissionais de saúde que atendem no local. À medida que revisava o projeto e fundamentava teoricamente o problema de pesquisa que estava construindo, a minha pergunta foi se tornando mais objetiva e, assim, vieram os primeiros questionamentos metodológicos antes de entrar no campo. Das interações entre usuários e profissionais de saúde, e a partir de algumas leituras realizadas ao longo do mestrado, minhas indagações me levaram a problematizar como homossexuais masculinos

¹⁹ A rede social em questão se trata do <http://www.radarhiv.com/>; acesso em 01 de março de 2016.

vivem com HIV hoje em dia, ou seja, do que se trata o HIV para essa população atualmente. Os autores que fundamentam meu problema de pesquisa se ocuparam de problematizar a relação entre homossexualidade e soropositividade em um contexto bastante específico da epidemia de HIV/aids, sobretudo durante a década de 1990, a partir de sujeitos inseridos no ativismo político. Eu me questioneei como seria o processo analisado por aqueles autores se os sujeitos não fossem, necessariamente, envolvidos em alguma forma de mobilização voluntária ou associativismo político.

O CTR DIP Orestes Diniz é uma instituição vinculada ao Hospital das Clínicas (HC) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Essa instituição viria a ser importante para o meu processo de pesquisa, uma vez que pude acompanhar alguns amigos que fazem tratamento para HIV lá e, assim, possibilitar minhas primeiras incursões ao campo. Minha entrada em campo se deu de modo gradual, primeiramente apresentando-me à coordenação do CTR e à equipe de saúde mental que, prontamente, me recebeu na instituição. Fui convidado por Vanessa²⁰, responsável pela equipe de Psicologia, a participar do grupo de estudos sobre aids e saúde mental, o que foi fundamental para minha inserção naquela instituição. Ali, pude não somente conhecer a prática de trabalho daquela equipe, através das discussões sobre casos bastante específicos tratados por elas, como também contribuir, como sociólogo, sobre os casos que discutíamos nos nossos encontros mensais. Enquanto me preparava para começar o meu trabalho de campo, fui participando de outras atividades promovidas pelo CTR e, assim, foi possível conhecer melhor a dinâmica daquela instituição. Uma das atividades que participei foi o grupo *Fratervida*, que realiza atividades recreativas bimestralmente com os usuários. No único encontro em que estive presente, conheci Benjamim Portela, que viria a ter um papel fundamental no processo dessa pesquisa.

Tive muitas conversas informais com Benjamim nos corredores do CTR. Essas conversas me ajudaram muito a problematizar algumas questões que se tornaram inquietações analíticas e metodológicas aqui abordadas. Em uma dessas conversas, ele me revelou algumas impressões sobre a instituição, relato valioso que me daria a perspectiva do usuário e, por mais que eu tive uma boa recepção, caminhar com alguém que utiliza os serviços expandiria o modo como eu enxergo aquele espaço. Nesse sentido, Benjamim se tornou o meu informante. E, através dele, tive acesso a pessoas que participaram dessa pesquisa que eu não teria se estivesse sozinho.

²⁰ Trata-se do nome verdadeiro da psicóloga. Ela achou conveniente não colocar um nome fictício.

Um dos dilemas de pesquisa foi sobre como eu poderia dizer sobre a condição de soropositividade a partir de um contexto muito específico. Como meu problema de pesquisa envolvia a análise de sujeitos em tratamento, ou seja, inseridos em instituições de saúde e em uso contínuo da TARV, a definição da instituição se tornou irrelevante. A partir dessa característica, eu poderia abordar meu problema pela perspectiva de carreira, ou trajetória (Goffman, 1974) com a doença. Assim, ficaria mais viável contextualizar meu problema e poder identificar processos regulares passíveis de generalizações. Ademais, minha preocupação se pautou, também, na tentativa de buscar maior variedade de elementos e experiências para, nos termos de Becker (2007) evitar o problema da *sinédoque*. Para o autor, a sinédoque se refere a *uma figura de retórica em que usamos uma parte de algo para remeter o ouvinte ou leitor ao todo a que ela pertence*. O autor levanta o problema nos seguintes modos:

O problema com a sinédoque, ou amostragem, parece ser, a princípio, que a parte pode não representar o todo como gostaríamos de pensar, ela pode não reproduzir em miniatura as características em que estamos interessados, pode não nos permitir tirar do que sabemos conclusões que sejam também verdadeiras acerca do que não examinamos nós mesmos. (BECKER, 2007)

Assim, como superar esse dilema? Em um primeiro momento, a composição da amostra seguiu critérios aleatórios; entretanto, na medida em que iniciei o trabalho de campo, algumas características referentes ao próprio campo se sobrepuseram, o que me levou a repensar a questão de pesquisa. Afinal de contas, quando problematizamos a relação entre homossexualidade e soropositividade, estamos tratando os homossexuais como uma categoria fechada? Sobre quais homossexuais estamos tratando? Quais vieses existiriam que tornariam problemáticos os achados da pesquisa? Talvez pelo fato de ter definido o critério de seleção amostral, inicialmente, de modo aleatório, não me atentei para as diferenças que poderiam se tornar evidentes e que inviabilizaria qualquer afirmação mais generalizada. Discorrerei sobre essas questões mais adiante.

Anaximandro e Benjamim Portela foram os primeiros entrevistados. Não por coincidência, a letra inicial dos seus nomes segue a ordem alfabética. O terceiro entrevistado foi Carlos, um jovem de dezoito anos, seguido por Dante, de vinte e seis anos, e Eduardo, de vinte anos. Esses três jovens já nasceram em uma realidade social com a presença da aids e iniciaram suas vidas sexuais sob a insígnia do preservativo como modo de prevenção, diferentemente dos dois primeiros entrevistados, ambos com cinquenta anos de idade, que viveram uma realidade cuja incursão sexual não tinha a possibilidade de se infectar com o

HIV. Essa diferença geracional se tornou um elemento importante que me dei conta na medida em que estava em trabalho de campo. Deste modo, considerei pertinente subdividir os entrevistados em dois grupos, para fins comparativos, sob o critério geracional.

Outra questão diz respeito às origens sociais dos entrevistados. Algumas variáveis nos indicam que os entrevistados pertencem às camadas populares, como as origens familiares e profissão dos pais e as trajetórias escolares e profissionais. Tratando-se do grau de escolaridade, com exceção de Anaximandro e Dante, que possuem curso superior, os demais entrevistados possuem ensino médio completo. No capítulo sobre as biografias, discorreremos sobre essas questões, apresentando a trajetória com o mundo escolar e do trabalho e a história familiar, sobretudo dos pais.

Mas, afinal, como eu poderia dizer sobre a relação entre soropositividade e homossexualidade a partir das experiências de doença de cinco indivíduos que vivem com HIV hoje? Nosso objeto empírico não está desconectado das histórias individuais, tampouco esses sujeitos estão desconectados de um contexto social mais amplo. As experiências dizem respeito ao domínio do privado, mas que são constitutivos do social. No caso, não seria o caso de isolar o nosso fenômeno de análise sem considerar a história de vida dessas pessoas. Para compreendermos como esses indivíduos se relacionam com o HIV faz-se necessário olharmos para suas trajetórias biográficas para termos uma noção mais abrangente do fenômeno que estamos tratando.

A análise das trajetórias de vida foi o recurso metodológico utilizado para respondermos nossa pergunta de pesquisa. Segundo Connell (1992), as trajetórias de vida têm a capacidade de documentar a estrutura social, as coletividades e as mudanças institucionais ao mesmo tempo em que as histórias pessoais. Assim, o instrumento de coleta de dados, o roteiro da entrevista, foi construído de modo a possibilitar um conteúdo da narrativa biográfica estruturada a partir do curso da vida: infância, adolescência e idade adulta. Dentro de uma estrutura cronológica, procuramos padrões de relações sociais ao explorar a relação com família e outras coletividades (escola, rua e igreja, por exemplo), transições institucionais, como inserção e trajetória no ambiente escolar, no trabalho (formal e informal) e religião, além, claro, de outros espaços sociais e institucionais levantados pelos entrevistados. E, também, consideramos o sequenciamento de relações no que tangia a sexualidade, desde as primeiras manifestações da sexualidade, que geralmente se davam na infância. O objetivo foi apreender a dinâmica do modo como o indivíduo se relacionava com a sexualidade e em quais espaços isso ocorria.

Connel (1992) aponta quatro limites das histórias de vida como técnica de pesquisa: as limitações da memória recente dos entrevistados, as dificuldades de comprovação daquilo que foi dito, coleta de dados trabalhosa e análise demorada. Eu acrescentaria mais um limite, que se trata do constrangimento por parte dos entrevistados durante a entrevista, por se tratar de um tema sensível. Algumas entrevistas realizadas tiveram um ocorrido que considero bastante interessante. Com dois entrevistados mais jovens, percebi que demonstraram certa dificuldade em falar sobre a história pessoal, a relação com família, amigos e religião. Entretanto, quando a entrevista abordou a trajetória deles com o HIV, eles se sentiram mais dispostos e confortáveis para relatar suas experiências. A entrevista fluiu com mais eloquência e eu me questioneei se os gestos corporais desses entrevistados no momento de relatar sobre o HIV, como maior segurança para fazer afirmações e o olhar compenetrado, seria algum indicativo sobre a relação que eles estabelecem, hoje, com a doença.

A coleta dos dados foi realizada mediante entrevistas semiestruturadas, cujo roteiro está anexado no final desse trabalho. O projeto que deu origem a essa dissertação, em consonância à resolução 466/12, foi submetido ao Conselho de Ética e Pesquisa (COEP) da UFMG em 29 de dezembro de 2014, tendo parecer favorável à aprovação na data de 11 de julho de 2015, quando pude iniciar meu trabalho de campo. A participação de todos os indivíduos foi voluntária e mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Nosso trabalho parte da perspectiva que o processo de vivência de homossexuais masculinos com o HIV/aids inter-relaciona fatores estruturais e individuais. Segundo Herzlich (2004), as experiências de doenças de portadores do HIV, a partir do momento que alcançam a esfera pública, problematizam a relação entre as dimensões públicas e privadas. Ou seja, a problemática diz respeito à incursão de um elemento que diz respeito ao domínio privado, como as experiências, mas que alcança a dimensão pública, sobretudo partindo de indivíduos inseridos em contextos de mobilização voluntária. Assim, duas categorias importantes emergem dessa problemática: o público e o privado. As narrativas contadas em primeira pessoa superavam o domínio individual, e a dimensão privada, em um esforço de “*adequação da trajetória de vida à história do grupo*”, ou seja, alcançando a dimensão pública. As experiências públicas de doença de sujeitos soropositivos, sobretudo no início da epidemia, se tratava de uma forma política de resistência desses sujeitos ao estigma e às imagens negativas associadas à aids. Assim, os sujeitos transitam entre o público e o privado, muitas vezes tensionando essas duas dimensões. Como as experiências de doença se tratam do plano individual, muitas vezes resguardadas pelo segredo, dizem respeito a uma dimensão privada

que, uma vez lançadas em espaços sociais, como as instituições de saúde, problematizam essas relações e nos oferece outros elementos para análise. Ademais, a partir da análise das biografias, é possível empreender de que modo os indivíduos transitam entre o público e privado pela inserção em espaços sociais, ou figuracionais (como será explicado mais adiante). Entretanto, como não estamos tratando de pessoas inseridas em movimentos de mobilização política, como pensar essas questões a partir de sujeitos comuns, aqueles que, não necessariamente, estavam inseridos em alguma forma de associativismo? Mais um motivo se justifica a escolha da análise das trajetórias individuais para, a partir deste esquema analítico, buscar uma compreensão da relação entre a nova realidade a partir do diagnóstico e o percurso individual nos mais variados contextos sociais que os sujeitos de pesquisa percorreram ao longo da vida. Assim, será possível situar a dimensão que a nova realidade, com HIV/aids, em relação às trajetórias percorridas por esses indivíduos ao longo da vida.

Entretanto, tal disposição nos coloca outra questão metodológica. Segundo Dubar (1998) a relação entre trajetórias sociais e formas identitárias concebe dois modos distintos de se considerar qualquer trajetória: objetivamente, como sequência de posições sociais ocupadas ao longo da vida, e subjetivamente, como meio de categorias inerentes que remetem a mundos sociais, relacionadas a formas identitárias heterogêneas. Dito de outra forma são duas perspectivas distintas de se abordar as trajetórias: uma maneira focada nos aspectos sociais e outra maneira com ênfase no indivíduo. Tal questão é apresentada pelo autor como um desafio metodológico, no qual “... estabelecer relações entre esquemas discursivos de relatos biográficos e processos estruturais de determinação social continua sendo um exercício essencialmente virtual.” (Dubar, 1998). O autor aponta que a relação entre formas de discurso e trajetórias objetivas muitas vezes assumem uma relação de dependência causal, com o formato de hipóteses simplificadoras que devem ser submetidas a observações empíricas. Uma saída para essa questão seria tornar tais hipóteses mais críveis, de modo que os dados qualitativos, referentes às formas de discurso, e quantitativos, referentes às trajetórias objetivas, sejam comparáveis. E, para tal empreendimento, Dubar sugere que “as classes de trajetórias objetivas sejam interpretáveis de modo compreensível e que os discursos típicos incidam mesmo sobre a compreensão do sentido da biografia social dos sujeitos.” (Dubar, 1998).

Como meio de superação desse dilema metodológico, utilizo o conceito de figuração de Norbert Elias (2008), que nos aponta um caminho viável para lidar com esse conflito. Antes, faz-se necessário discutir do que se trata o conceito. No clássico dilema sociológico entre ação e estrutura, Elias concebe que essa relação não é moldada a partir de uma

polaridade antagônica, em que um se sobrepõe a outro, mas sim com base numa relação de interdependência. A figuração remete à processo, dinâmica e interdependência, seja entre pessoas ou grupos, independentemente do nível de complexidade (Quintaneiro, 2010).

A sociologia figuracional de Elias nos ajuda a compreender a relação entre as trajetórias biográficas e os processos estruturais como relações interdependentes. Tal conceito é útil na medida em que concebemos nosso fenômeno de investigação a partir da correlação de fatores individuais e estruturais. Na análise das trajetórias biográficas, buscaremos compreender os lugares sociais ocupados pelos indivíduos ao longo do percurso biográfico. A concepção de figuração busca ser alternativa à clássica dualidade entre estrutura e ação. Nesse sentido, o conceito de figuração será um instrumento analítico útil para lidar com o dilema entre trajetórias sociais e formas identitárias, se tratando do percurso biográfico dos sujeitos de pesquisa e, principalmente, se tratando da relação com as figurações referentes ao mundo social da aids²¹ (Valle, 2010). Assim, concebemos que os indivíduos estão inseridos em várias figurações, e a relação deles com as figurações em que estão inseridos, e as figurações em si, será um meio de análise para se compreender o processo de soropositividade.

Se tratando de figurações, estamos nos referindo a espaços sociais, a processos que se constituem a partir e no mundo social. Entretanto, estamos nos referindo a experiências, ou seja, a um elemento, a priori, subjetivo. Como articular essas questões? Como é possível falar de experiências em uma perspectiva sociológica? A soropositividade se constitui a partir de processos de subjetivação, ou seja, de transformações subjetivas. Mas como ocorrem essas transformações e em que medida estamos lidando, na análise desse processo com o mundo social?

²¹ O mundo social da aids, na perspectiva do autor, refere-se às estruturas de saúde, como CTA's, hospitais, bem como organizações políticas e não governamentais, espaços de sociabilidade voltados às questões relacionadas ao HIV/aids.

4. AS TRAJETÓRIAS

Apresentaremos, neste capítulo, as biografias dos cinco entrevistados dessa dissertação, percorrendo desde a infância até o momento do diagnóstico positivo para o HIV. O capítulo está estruturado a partir da ordem que as entrevistas ocorreram. Os nomes dos entrevistados são fictícios, sendo que eles próprios escolheram o nome que mais se identificassem, contanto que seguissem a ordem alfabética: o primeiro entrevistado a letra *a*, o segundo entrevistado a letra *b*, e assim por diante.

Com exceção de Anaximandro, cuja entrevista ocorreu em casa, as demais foram realizadas em locais públicos escolhidos pelos próprios entrevistados. O status sorológico mantido em segredo dos familiares inviabilizaria que as entrevistas ocorressem em suas residências. Em todas as abordagens, eu sugeri um espaço, como a minha casa ou o gabinete da minha orientadora, em que os entrevistados pudessem se sentir à vontade para falar sobre suas histórias. Pelas próprias escolhas, e visando a maior comodidade possível para os entrevistados, os demais acharam melhor que nos encontrássemos em algum café ou bar localizado na região central de Belo Horizonte. Um possível problema sobre esses espaços para uma situação de entrevista seria o desconforto para os entrevistados falarem sobre questões íntimas. Entretanto, durante as entrevistas, não percebi que esses fatores reativos foram problema.

Em todas as minhas abordagens, além de eu me apresentar como estudante de mestrado e pesquisador do tema HIV/aids, procurei estabelecer uma relação de maior proximidade com os entrevistados, com o intuito de criar uma relação de mais confiança entre eu e eles. Nas nossas conversas informais, que precediam as entrevistas, revelava-me também homossexual, falávamos sobre algum fato ou evento em comum, com o objetivo de gerar empatia. Anaximandro e Dante foram dois entrevistados indicados por dois amigos em comum. Aliás, o meu primeiro contato com Dante ocorreu quando estávamos, coincidentemente, em uma boate.

4.1 *Anaximandro*

Natural da região do Vale do Mucuri, em Minas Gerais, Anaximandro possuía, na ocasião da entrevista, 50 anos de idade. Ele me recebeu prontamente em sua casa e foi o primeiro entrevistado dessa pesquisa. Homem negro, professor de Filosofia da rede pública, mora com um amigo em um pacato bairro da região Nordeste de Belo Horizonte. Ele é o décimo quinto dos dezesseis filhos de pais católicos. Seus pais migraram para Belo Horizonte na década de 1970, depois de perder as terras que possuíam no interior do estado. Na capital, seu pai passou a trabalhar como vigilante do hangar do aeroporto Carlos Prates, e foi nesse bairro que a família viria a se instalar quando chegaram à cidade. Foi criado praticamente pelos irmãos mais velhos, com poucos amigos para interagir na infância.

Sua trajetória escolar foi interrompida quando tinha 11 anos e cursava, na época, a quarta série. Relata que, vindo de uma família de pais e irmãos analfabetos, a educação formal não era considerada um valor, cuja crença no seu potencial estava relacionada aos “fantasmas” da inacessibilidade, ou seja, a crença que a educação formal não era para eles, seja por não a considerar pública, seja pela inviabilidade de avançar no processo de escolarização por conta das necessidades mais urgentes do cotidiano, como o trabalho.

Suas primeiras experiências sexuais ocorreram ainda na infância, quando tinha por volta de seis anos. Trocava carícias sexuais com outros funcionários do aeroporto no qual o pai trabalhava. As relações abusivas com homens mais velhos perduraram também na adolescência, através do relacionamento que teve com um cunhado; esse relacionamento foi marcado pelo sentimento de culpa, pelas práticas sexuais com outro homem, e também pela coação do cunhado, que sempre ameaçava revelar o segredo deles para os familiares. Foi nesse relacionamento com o cunhado que Anaximandro reconheceu ter sua primeira experiência sexual. Para ele, o que denotou ser a primeira relação sexual foi seu desejo deliberado de ser penetrado pelo cunhado. Essa relação durou aproximadamente seis anos, dos nove aos quinze anos de idade e, sempre, acompanhado pelo sentimento de culpa, uma vez que ele, sendo homem, não considerava correto o prazer na atividade sexual com outro homem.

Uma grande mudança ocorrida na sua vida foi quando o pai perdeu o trabalho no aeroporto e a família teve de se mudar para uma favela no município de Contagem, em Minas Gerais. Ali, as condições de vida se tornaram insuportáveis, pela pobreza extrema, pela “promiscuidade” que passou a caracterizar a vida na nova situação: *“e aí a vida ficou mais promíscua... Promíscua mesmo, no sentido de promiscuidade, proximidade física”*. A pobreza que a família vivia, no início da década de 1980, levou o jovem Anaximandro a ajudar o pai

no trabalho. Ainda na infância, e fora da escola, passou a se ocupar da extração de areia em fazendas próximas de onde morava. Essa experiência foi marcada por bastante sofrimento:

Aí trabalhei com meu pai durante um bom tempo nessa extração de areia que foi muito marcado, assim, por um sentimento mesmo muito desolador, porque eu pensei que eu fiz a experiência da escravidão mesmo, a escravidão lato, no sentido assim que trabalha-se meramente pra comer (...) ali, sim, eu fiz a experiência da escravidão, e isso durou dos quinze até os dezenove anos.

Sua situação familiar piorou na medida em que os pais se envolviam cada vez mais com o alcoolismo. Entretanto, por Anaximandro ser o único membro alfabetizado da sua família, ainda que fora da escola naquele momento, seu pai passou a frequentar círculos de leitura da Bíblia na igreja da comunidade, e o obrigou a participar desses círculos para que ele pudesse fazer a leitura para os participantes. Ali, começava a desenvolver a capacidade de trabalho em grupo. Com a chegada de uma missão católica estrangeira na sua comunidade, passou a participar cada vez mais da vida religiosa, e passou a integrar a Juventude Operária Católica - JOC. Sua participação nesse grupo fortaleceu nele uma consciência de classe que o despertou para a necessidade de voltar a estudar. Foi quando deixou de trabalhar com seu pai, vindo a procurar uma ocupação no mercado formal de trabalho. Sua primeira experiência foi em um supermercado de Belo Horizonte, mas que não passou de três meses. A partir de então, iniciou sua trajetória no mercado de trabalho formal, empregando-se em um escritório por um ano e, depois, em atividades comerciais. A entrada no mercado de trabalho levou Anaximandro a voltar a estudar, cursando ensino supletivo. E envolvia-se cada vez mais com o grupo religioso em que estava inserido.

Sua vivência sexual era restrita a espaços públicos de encontros eróticos com outros homens, como banheiros de parques. Quando passou a frequentar esses lugares, desenvolveu uma “inteligência” que lhe permitiu se orientar nesses espaços para obter sexo. Entretanto, a seu ver, ter uma boa conduta moral e religiosa era incompatível com suas práticas sexuais, o que levou Anaximandro a desenvolver uma neurose, sempre se sentindo culpado pela vida dupla que vivia. Orientado por um missionário francês, que se tornou seu amigo, decidiu procurar ajuda psicológica. Foi em processo psicoterapêutico que, não necessariamente, saiu do armário, mas reconheceu para si que sentia desejo por outros homens, desejo esse que, hoje, recorda ter desde que era criança.

Seu envolvimento cada vez maior com as atividades da JOC o despertou para seguir a vida religiosa, que envolvia o trabalho comunitário em bairros pobres, com pessoas das camadas populares. Seu ordenamento religioso, como missionário, seria mediante a

consagração e o cumprimento de quatro votos: castidade, pobreza, obediência e vida em comunidade. Entrando para a vida missionária, mudou-se para a cidade de Barueri, no estado de São Paulo, e após um período ali foi para Joinville, em Santa Catarina, onde concluiu seus estudos de Segundo Grau em escolas católicas. Após um período dedicado a vivência religiosa, foi em missão para Paris, na França, no ano de 1992, iniciar seus estudos de Teologia e continuar seu trabalho episcopal.

Concomitante à sua vivência religiosa, continuou exercendo suas práticas sexuais em lugares de “pegação”, como parques, cinemas e banheiros públicos. Na França, a liberalidade dos costumes dos franceses chamou sua atenção quanto aceitar a própria homossexualidade, sem culpa. Dois anos depois de chegar à Europa, largou a vida religiosa e regressou ao Brasil, vindo a se estabelecer em Curitiba, no Paraná. Ali, conseguiu um trabalho como auxiliar administrativo de um hospital e começou a estudar Psicologia. Outro acontecimento que foi marcante na sua trajetória se trata da sua inserção em um grupo de emancipação de gays e lésbicas, o grupo *Dignidade*²².

O rompimento de Anaximandro com a igreja e sua inserção em um grupo que tinha como valor o orgulho da vida gay, provocou um movimento de auto aceitação e de auto reconhecimento como homossexual e a possibilidade de considerar legítimo o próprio desejo, *“coisas que pra mim não existiam, passaram a ter sentido, apaziguando certo estado do meu ser, cara, fortalecendo em mim certo lugar até onde eu vivia meio amedrontado...”*.

Naquele grupo, Anaximandro teve a possibilidade de interagir e conviver com outros gays, lésbicas e travestis, e frequentar espaços do circuito gay, como bares e boates e, também, *“parece que eu me permiti a amar alguém do meu sexo, né, tive meu primeiro namorado...”*. Seu primeiro namorado, por sinal, era um homem gay soropositivo. Sua relação com esse namorado durou quase um ano. Essa relação representou, para Anaximandro, a possibilidade de auto aceitação:

Claro, foi a partir daí mesmo que apareceu a capacidade de, de me colocar, né, como desejoso, de estar nas relações amorosas, mais além do que eu sou nas situações de pegação...

Enquanto cursava Psicologia, passou a trabalhar como educador social junto a menores infratores privados de liberdade. Essa experiência suscitou em Anaximandro o desejo de seguir carreira como educador, profissão que ocupa atualmente. Enquanto educador

²² O Grupo Dignidade, sediado na cidade de Curitiba, é uma organização não-governamental que, desde a década de 90, trabalha na promoção da cidadania LGBT's e, dentre suas pautas, estão a promoção dos direitos humanos aos LGBT's e prevenção a aids. Para ver mais, <http://www.grupodignidade.org.br/o-grupo/>, acesso em 19 de março de 2016.

social presenciou várias cenas de violência, principalmente em rebeliões organizadas pelos menores. No ano de 2006, já formado como psicólogo, Anaximandro decidiu voltar à Europa para se dedicar aos estudos de Filosofia. Retornou ao Brasil dois anos depois, passando a cursar sua segunda graduação.

Sua experiência com o HIV se iniciou no ano de 2010. Frequentando locais públicos de pegação, em uma das relações sexuais que teve em um parque, foi violentado por um parceiro, que veio a ejacular na sua boca. Em outra ocasião, no ano seguinte, também em um desses espaços, interagiu sexualmente com mais três parceiros sem o uso de preservativo. Ali, teve o pressentimento de que havia se infectado com algo. Logo depois, apareceram os sintomas de uma infecção: ulcerações na pele do pé e dores pelo corpo. Diante das suspeições, Anaximandro procurou uma unidade básica de saúde, onde o médico recomendou que realizasse exame de sífilis, em que se constatou a infecção. Por esse diagnóstico, o médico sugeriu que também fosse realizado um exame anti-HIV, e o resultado se revelou positivo. Era o ano de 2011 e Anaximandro passava por um momento bastante delicado na sua vida: sem trabalho, terminando um curso superior, via-se, agora, infectado pela sífilis e pelo HIV.

4.2 Benjamim Portela

Conversei com Benjamim Portela em uma tarde em Belo Horizonte. Conhecemo-nos em uma oficina de arte promovida pelo CTR-DIP Orestes Diniz aos seus usuários, em novembro de 2014. Ali apresentei-me à Benjamim como estudante e pesquisador da UFMG e, desde o princípio, ele se demonstrou bastante interesse no meu trabalho. À medida que passei a frequentar algumas atividades promovidas pelo CTR, sempre cruzava com ele pelos corredores daquela instituição. Comunicativo e extrovertido, Benjamim decidiu de prontidão participar da minha pesquisa quando lhe fiz o convite.

Benjamim é o filho mais velho de uma família composta por quatro filhos. Seus pais, uma dona de casa e um agricultor, eram naturais de Itambé do Mato Dentro, interior de Minas Gerais, e vieram a falecer quando ele ainda era criança, tinha por volta de 12 anos. A morte dos seus pais viria a ser uma experiência traumática para ele, que romperia sua infância.

Na cidade de Belo Horizonte, onde nasceu, sua infância foi descrita como bastante feliz e saudável. Ali fez amizades que permanecem até hoje. Entretanto, com a morte dos seus pais, Benjamim foi separado dos seus irmãos, vindo a morar com um casal de tios. Desde essa

ruptura, deixou de frequentar mais a escola e começou a trabalhar em serviços pesados: guardador de carros, faxineiro doméstico, ajudante de pedreiro. Com dezesseis anos decidiu fugir de casa, refugiando-se na casa de uma tia que estava com a guarda de uma irmã. Ali, passou a morar com outros familiares, assumindo sempre a responsabilidade pelo cuidado dos seus irmãos mais novos.

Com dezesseis anos conseguiu seu primeiro trabalho formal, na cooperativa de um banco, na cidade de Belo Horizonte. Começou sua carreira como auxiliar de serviços gerais e nos quatorze anos que prestou serviços ali, construiu uma carreira até chegar a ser auxiliar de escritório, último cargo que exerceu antes de ser demitido devido à falência da cooperativa.

Desde criança, já sabia do desejo por outros homens.

Desde criança eu acho assim, eu já olhava assim, pra uma pessoa até mais velha um pouco, eu já olhava com aquela coisa assim de interesse mesmo, né? de achar a pessoa bonita, de gostar, de achar as pessoas assim, mais interessante e tudo.

A partir dos dezesseis anos, reconheceu para si que sentia desejo pelo sexo masculino; foi quando, considera ele, que sua sexualidade começou a aflorar, e teve mais consciência da própria situação. Seus primeiros envolvimento sexuais ocorreram nessa época. Considera que foi um momento difícil para assumir a própria orientação sexual, pois era o mais velho dos irmãos e tinha que “mostrar uma postura”. Com medo da reação dos familiares, sobretudo da sua tia, que era a responsável por eles, teve que “abafar” a própria homossexualidade, ou seja, não demonstrar nenhum sinal de que é gay. A condição para assumir e reconhecer a própria homossexualidade seria mediante a conquista da própria independência. Até então, suas experiências sexuais eram todas “debaixo dos panos”, em suas próprias palavras:

Então assim complicava porque além dos meus irmãos tinha assim, os filhos dela, né, e por eu ser o mais velho da minha casa, né, eu tinha que mostrar uma, eu tinha uma, eu tive q mostrar uma, uma postura, porque na época, o que acontece, o homossexualismo era muito discriminado, não era essa coisa aberta que a pessoa chega e discute, fala na televisão e tal, o cara era gay... então você tinha que saber o que você estava buscando.

O trabalho de Benjamim na cooperativa possibilitou a ele conhecer várias pessoas e estabelecer diferentes tipos de vínculos com os outros funcionários. As relações com seus colegas de trabalho eram marcadas por vínculos afetivos e encontros ocasionais para lazer. Benjamim relata sobre um chefe imediato, oriundo da cidade de São Paulo, que era homossexual e vivia uma relação estável com seu parceiro. Eles eram proprietários de uma sauna em Belo Horizonte, no final da década de 70, quando esses espaços começaram a

proliferar no país, dado o sucesso da novela *Dancing Days*, exibida na época. Essa sauna seria um dos espaços de sociabilidade gay que Benjamim passou a frequentar, juntamente com bares da “rua da Lama”, nos arredores da Praça da Liberdade, ponto de encontro de gays e lésbicas nos anos 80. À medida que Benjamim passava a frequentar esse circuito, suas redes de amizade se expandiam: tinha agora, também, os amigos da “noite”. Em um contexto em que se falava pouco, ou não se falava, sobre a homossexualidade, e a vivência sexual dessas pessoas era escondida, o aprendizado sobre o ser gay, sobre relações e relacionamentos se dava na prática. Benjamim relata um caso amoroso que teve com um policial casado, que durou dois anos. Apesar de ele ter sido afetivamente apegado a esse policial, o interesse da outra parte era meramente sexual.

Perder os pais tão novo deixou em Benjamim uma carência afetiva muito grande. A carência se intensificava com os conflitos com a própria sexualidade e com a família. A religião foi um dos lugares onde buscou aconchego. Frequentou igrejas evangélicas, mas foi no espiritismo kardecista que se sentiu realizado:

As dificuldades de, os conflitos que eu tava assim, com a família, conflito com a própria sexualidade mesmo, né, mas, e depois que eu consegui me encontrar mesmo, eu comecei a encontrar isso no espiritismo kardecista.

Durante o tempo em que frequentou regularmente os encontros da mocidade religiosa, afastou-se do “meio gay” para se dedicar à religião. Ao perceber a presença de outros gays nos encontros, teve vontade de voltar para o “mundo gay”. Entretanto, ele considera esse momento de suma importância para sua vida naquele momento, para autorreflexão e autoconhecimento.

Após sair da cooperativa que trabalhava, Benjamim passou por algumas empresas, sempre realizando trabalho de escritório. Em um dado momento da vida, decidiu mudar de profissão e foi fazer um curso de garçom, vindo a exercer essa profissão durante três anos em um hotel, até se aposentar. Sua aposentadoria está relacionada à sua experiência com o HIV.

Benjamim relata que estava procurando ser feliz, estava procurando a felicidade. Para ele, sua homossexualidade é algo difícil de suportar por se considerar desviante, pela rotulação social de que ser gay não é ser “normal”. Essa condição de desvio, para Benjamim, leva a que os homossexuais, como ele, procurem a felicidade com outros homossexuais.

Procurando ser feliz, porque assim, quando eu ia pros guetos, o que eu queria saber? Eu queria beijar na boca, eu queria transar, não queria saber se a pessoa tava com aids ou não. Eu queria ser feliz naquela época, meu momento de felicidade, aquele momento. Não quero saber o que o outro tem, o que ele deixou de ter. Se naquele momento pra mim tava ótimo, a consequência daquilo ali era um problema, eu não podia viver naquela neura.

A procura dos gays pela felicidade estava relacionada, para Benjamim, à própria condição de desviante que ele enxergava o grupo o qual fazia parte. Uma forma de alcançar a felicidade procurada era através do sexo. No final da década de oitenta e início da década de noventa, o circuito gay em Belo Horizonte era bastante fechado, com poucas opções de lazer e espaços voltados à sociabilidade para os homossexuais e lésbicas, se comparado às condições de hoje, 2016. Eram sempre as mesmas pessoas, frequentando os mesmos lugares e relacionando entre si. Nesse tempo, envolveu-se com um homem casado e, devido a essa relação, afastou-se dos ambientes gays. Era o ano de 1994 e, novamente, Benjamim fez o movimento de voltar ao mundo gay. Ao perceber o grande número de amigos doentes, ou que haviam falecido, e dado um problema de micose na unha, decidiu procurar um médico especialista para tratar do problema. O médico, na ocasião, sugeriu a Benjamim que realizasse o exame de HIV, juntamente com outros exames para tratar da micose. Pela sugestão do médico, Benjamim realizou o exame e o resultado foi positivo.

Na hora eu fiquei assim, chateado, não pensei assim, ah vou pular do muro, vou pular não sei de onde... eu pensei assim, não pensei muito em mim, pensei nos meus irmãos, porque eu pensei assim, nossa, eu vou morrer, e quem vai cuidar dos meus irmãos, porque até então, eu tinha essa vida toda, mas eu tava sempre ali, cuidando deles, eu fui pai, mãe e irmão ao mesmo tempo com eles ali. Então, eu pensava neles.

Era início da década de noventa e a aids ainda era uma doença altamente letal. Mas para Benjamim, o fato de reconhecer para si a condição de infectado pelo HIV, e não se sentir culpado por essa nova situação foi um diferencial. Para ele, a infecção pelo HIV ocorreu porque estava tentando ser feliz. Ele não podia culpar a pessoa que o transmitiu, mesmo sem saber que seria essa pessoa, pois para ele e como ele, seu parceiro também estava tentando ser feliz.

4.3 Carlos

A entrevista com Carlos ocorreu em uma praça de alimentação de um shopping de Belo Horizonte, por escolha do próprio entrevistado. Eu o conheci em um grupo de encontro da unidade onde Carlos faz tratamento para HIV. Fui a esse encontro a convite de Benjamim Portela e, lá, depois de me apresentar como pesquisador do tema, o próprio Benjamim

abordou Carlos, questionando se ele tinha interesse em participar da pesquisa. Trocamos contato e, dias depois, marcamos o encontro.

Filho de uma família de pais separados, Carlos passou parte da sua infância na cidade de Vitória, no Espírito Santo, sob os cuidados do pai. Retornou para Belo Horizonte aos dezessete anos de idade e foi morar com sua mãe, auxiliar de cozinha, e um irmão mais velho, em um bairro da região noroeste de Belo Horizonte.

Carlos relatou que sua infância foi tranquila, e suas lembranças dessa época remetem sempre à vida em Vitória, vivida dos dez aos dezessete anos. Foi por meio da internet que conheceu aqueles que se tornariam seus amigos mais próximos e confidentes, e com quem mantém contato até hoje. E foi, também, na rede que ele conheceu aqueles que seriam seus primeiros parceiros sexuais.

De família católica, embora sua mãe frequentasse a fraternidade espírita do bairro onde mora, Carlos experimentou uma curta vivência religiosa na infância, e chegou a ser coroinha da igreja que frequentava. Atualmente, considera-se sem religião, ainda que afirme acreditar em Deus.

Carlos já sabia desde criança que não sentia desejo por meninas, vindo a reconhecer para si, na adolescência, a própria homossexualidade.

Olha, foi... Que nem eu falo pros meu amigos, né, eu sempre, acho, que já nasci, realmente, já sabia desde criança que minha atração, não sentia por mulheres. Tem aquela parte da infância, de estar com uns dez, doze anos, aí a gente não sabe ao certo o que que é, o que a gente sente.

Assumi-se gay para sua mãe, que alegou desconfiar da homossexualidade do filho desde criança, pelo seu jeito introspectivo e reservado - característica que, segundo ela, levantaria sua desconfiança quanto a não heterossexualidade do filho. Não coincidentemente, seus amigos mais próximos, do Espírito Santo, também são gays e foram seus primeiros confidentes em relação aos desejos que estavam se confirmando naquela fase da vida. As experiências sexuais dos seus amigos serviram como orientação para Carlos sobre sexo e desejo, uma espécie de escola. Ao regressar para Belo Horizonte, Carlos teve, então, sua primeira experiência sexual. A internet e os aplicativos para celular, muito comuns para encontros sexuais entre homossexuais, foram os intermediários no processo que conduziu Carlos a ter suas primeiras interações sexuais, com rapazes da sua faixa etária e que moravam próximos à sua casa. Sua primeira experiência sexual foi com um rapaz que conheceu em uma rede social e com quem veio a ter um pequeno relacionamento depois.

Em uma das vezes que recorreu a um aplicativo para encontros sexuais, Carlos conversou com um homem mais velho, que o convidou para sexo. Relata que nesse encontro não utilizou preservativo:

Acho que é impulso, né? Você está naquele momento ali, você não se preocupa, né... Que nem um dia eu comentei com a doutora, que pra mim, em questão ao vírus, era uma coisa muito distante, aquilo que você só vê na televisão, você nunca existe, nunca, né?

No dia seguinte ao encontro, Carlos não conseguiu mais entrar em contato com o homem com quem havia se relacionado. Após esse evento, Carlos conheceu outro rapaz, também no aplicativo e mais velho que ele, com quem estabeleceu uma relação amorosa. Novamente, teve uma relação sexual sem uso do preservativo.

Dias depois, Carlos percebeu uma secreção no seu pênis e, com dores, procurou um serviço médico, que o encaminhou para um centro especializado em doenças sexualmente transmissíveis. Ao ser atendido, realizou exames para diagnosticar a infecção e, também, realizar o teste anti-HIV. Quando recebeu o resultado do exame, veio positivo.

4.4 Dante

Meu contato com Dante ocorreu através de um amigo em comum. Ao saber da minha pesquisa, esse amigo, sempre bastante interessado no tema, sugeriu que eu entrevistasse seu companheiro na época. Como ele se enquadrava nos critérios de seleção da amostra, fiz-lhe o convite, que foi prontamente aceito. Encontramo-nos em um café localizado próximo a um parque, em Belo Horizonte. A entrevista fluiu de maneira muito eloquente e fiquei bastante envolvido com a sua história. Talvez, pelas tantas semelhanças entre minhas histórias pessoais, e a que estava ouvindo.

Dante é filho de uma mãe dona de casa e um pai caminhoneiro, ambos do interior de Minas Gerais, que se conheceram em Belo Horizonte. Os pais de Dante não se casaram e tiveram um relacionamento bastante curto; mesmo após a separação dos dois, seu pai prestou assistência às necessidades da criança. Sua mãe se casou com um policial militar e, com ele, teve dois filhos. Dante tinha muita feição pelo seu padrasto, que faleceu quando Dante estava na adolescência. Seu pai, ao regressar à sua cidade de origem, Diamantina, também constituiu uma nova família, e Dante ganhou mais uma irmã por parte de pai.

Dante me contou que tinha boa relação com seu pai, até ele vir a se casar novamente. Nesta época, tinha vinte anos de idade e, por não se dar bem com a madrasta, a relação se tornou mais conflituosa. Atualmente, seu contato com o pai se dá via telefone, encontrando-o pessoalmente ocasionalmente. Para Dante, suas tias por parte de mãe são suas principais referências familiares. Quando estudante, passava férias na casa delas e na companhia dos seus primos. Ele me relatou que suas tias sempre souberam da sua orientação sexual, e que isso nunca foi razão para qualquer diferença por parte delas.

Na infância, Dante sentia um estranhamento por ser criança; gostava de estar com adultos, de participar do mundo dos adultos. Quando brincava, escolhia sempre estar com as meninas. Ele me revelou nunca ter tido predileção por brincadeiras com os meninos. A época da escola é lembrada por ele com bastante carinho, por se tratar de um período da sua vida no qual ele poderia interagir e socializar com pessoas bem diferentes. O contato com a diferença, por meio da escola, fez com que Dante se conhecesse e se aceitasse mais. A escola, também, foi o lugar onde Dante teve as primeiras experiências relacionadas à sua sexualidade.

Ainda na creche, Dante lembra que gostava de brincadeiras que explorasse o corpo dos meninos.

Eu lembro dessas fases de brincadeiras com meninos, brincadeiras que você tem quando criança, de toque, de conhecer o corpo e tal. Então essas brincadeiras sempre foram com os meninos, nunca foram com as meninas. Coisas que eu ouço falar, de hétero, que eles brincavam com as meninas, até as vezes com os meninos, o meu era sempre com os meninos, eu sempre gostei dessas brincadeiras com os meninos, então, essa minha sexualidade foi formada, não formada, mas foi despertada muito cedo, minha sexualidade.

Na escola, aos treze anos, conheceu um menino com quem teve um relacionamento que durou até os dezessete. Entretanto, o processo de auto aceitação de Dante passou, também, pela sua relação com a religião. Criado sob os preceitos da igreja católica, a descoberta da homossexualidade foi permeada de conflitos:

E aí, depois disso, pra tentar fugir, né, dessa minha sexualidade, como eu te falei, eu sou formado na Igreja Católica, eu cresci na Igreja Católica, então eu queria fugir disso. Ao mesmo tempo que eu gostava, eu sabia o que eu era, eu não me aceitava, eu achava errado fazer.

A partir desse conflito, Dante decidiu entrar para o seminário, afim de descobrir se teria uma vocação religiosa e, assim, afastar-se do próprio desejo. Enquanto estava no seminário, conseguiu um trabalho em uma biblioteca da Universidade Federal de Minas Gerais; essa experiência foi bastante marcante para ele, “*foi o que aconteceu comigo, eu entrei como funcionário, mas conheci o mundo*”.

Em seu trabalho na universidade, Dante se deparou com uma diversidade de pessoas que ele não tinha costume de conviver no seu cotidiano. O que lhe chamou a atenção no ambiente universitário foi a naturalidade com que os estudantes gays manifestavam afeto entre si.

... Mas, por outro lado, pra mim, naquele momento aquilo foi chocante, mas por outro lado falava, gente, mas como pode ser errado uma pessoa ser feliz? E aí começou esse questionamento em mim, aí foi quando eu saí do seminário, aí eu já tava com quase dezenove, aí, disse gente, Dante, para de se esconder, porque é isso que você é, é sua essência, é o seu desejo, é quem o Dante é de verdade, Dante não vai deixar de ser homem por ele gostar de outro homem.

E também influenciado por um padre que conheceu na igreja, que defendia que toda forma de amar era aceita por Deus, Dante aceitou de vez para si a própria homossexualidade. Dante chegou a se assumir para sua mãe, quando essa o indagou sobre sua sexualidade; na ocasião, ele estava se preparando para ir a uma festa com um amigo assumidamente gay. A recepção da notícia pela sua mãe causou conflito na relação entre os dois, uma vez que ela se considerou “culpada” pela orientação sexual do filho.

No processo de sair do seminário, Dante começou a frequentar ambientes gays, sobretudo o circuito noturno de lazer, bares e boates voltadas para o público gay. Ao frequentar esses ambientes, Dante começou a ter envolvimento sexual com outros homens. Sua primeira relação sexual se deu quando ele tinha dezenove anos, com um homem que conheceu em uma boate.

A noite se tornou, assim, para Dante, em um espaço de autoafirmação em relação à própria sexualidade, à possibilidade de vivência da liberdade e do lazer, além de um espaço de aprendizado sobre o tornar-se gay. Ele começou a sair para esses lugares acompanhado por um casal de amigas lésbicas. À medida que passou a frequentar outros bares e boates gays, Dante conheceu outros homossexuais que se tornaram seus amigos. A noite tinha, para Dante, o sentido de divertimento, interagir sexualmente com outros homens, beber. Foi frequentando a noite que Dante experimentou drogas, como a cocaína. Foi na noite que ele se encontrou em um grupo:

Então, a noite pra mim era meu local de felicidade naquele momento, onde eu podia ser o que eu queria ser, podia fazer o que eu queria fazer, poderia experimentar o que quisesse experimentar, eu poderia ficar com quem eu quisesse ficar, e quem quisesse ficar comigo também. É, foi um lugar também que eu conheci várias pessoas, onde também eu conheci as malandragens da noite...

Ele se refere às *malandragens* como os modos pelos quais se dão as interações entre os diversos grupos que, a seu ver, compõem uma espécie de mosaico de tribos que compõem a população gay que frequenta esses espaços: “*Então a noite foi, também, pra mim, uma coisa de aprendizagem de conviver com as pessoas, com qual turma eu iria me identificar e qual turma que eu ia ser aceito*”. Eu questionei a Dante sobre qual tribo ele pertencia: a dos *afeminados*, mais pelo seu estilo de vida, o modo como se apresentava à sociedade, com a intenção de chocar as pessoas. Foi na noite que Dante desenvolveu a capacidade de se identificar e identificar outros homossexuais. Nesse sentido, a noite foi um aprendizado para ele.

Dante trabalhou na biblioteca até seus vinte anos de idade. O trabalho na universidade possibilitou-lhe frequentar cada vez mais o ambiente universitário, melhor dizendo, as festas que ocorriam no campus. Nessas festas, Dante conheceu um aluno da universidade que se tornou um grande companheiro, e com quem mantém amizade até hoje. Entretanto, com o tempo, Dante foi se sentindo desestimulado a trabalhar na universidade, e pediu para sair desse trabalho. Durante um ano ele ficou desempregado, sem deixar de sair para festas em bares e boates.

Após esse período, Dante foi empregado em uma loja de roupas, estimulado pelo seu gosto por moda. Esse trabalho fez com que Dante alterasse alguns dos seus hábitos, sobretudo, fez com que saísse à noite com menor frequência e iniciasse uma graduação tecnológica em Moda, em uma faculdade privada de Belo Horizonte. Foi nessa época, também, que se iniciou o envolvimento de Dante com o HIV.

Ele realizava exames anuais, todo mês de junho. Alegava ter receio de contrair alguma infecção. No final do ano de 2011, após um período sem ter relações sexuais, em uma festa, Dante fez sexo sem preservativo com um amigo. Poucos meses depois, já em uma relação com um homem que conheceu em uma boate, seu companheiro confessou para ele ser portador do HIV. Como Dante não sabia do seu status sorológico na época, realizou exames médicos e procurou um médico para se orientar sobre uma relação que presumia ser sorodiscordante. Em outra ocasião, ao cortar seu cabelo, percebeu a presença de nódulos no pescoço e na região da nuca. Com esses sintomas, e preocupado com o relacionamento, procurou uma médica da sua confiança.

Após realizar uma bateria de exames, dentre os quais o de HIV, Dante foi consultar-se e, na ocasião, não levou o resultado desse exame por esquecimento. O resultado do anti-HIV havia dado *reagente* e, como ele não soube interpretar o resultado, não se preocupou com essa questão. Em uma ocasião, ao conversar com seu namorado sobre a experiência dele com o

HIV, soube que o resultado, quando positivo, vinha escrito *reagente*, o mesmo termo que encontrara no seu exame. Muito angustiado, procurou a médica que confirmou seu status sorológico.

4.5 Eduardo

Conversei com Eduardo em um café localizado em uma galeria de arte de Belo Horizonte. Era uma quinta-feira à tarde, e ele acabava de chegar de uma reunião no hospital onde faz seu tratamento para HIV. Ele me relatou com bastante entusiasmo que é um dos conselheiros do hospital. O nosso contato foi intermediado pelo amigo de um amigo, funcionário da farmácia desse hospital, que soube da minha pesquisa e se dispôs a colaborar com a seleção de sujeitos para compor a amostra.

Eduardo tem 20 anos de idade. Mora com o namorado, quatro anos mais velho que ele, em uma casa vizinha à sua mãe, na periferia de Belo Horizonte. Seus pais se separaram quando ele ainda tinha três anos. É o filho caçula de cinco irmãos. Quando criança, Eduardo e seus irmãos foram viver com o pai em virtude da sua mãe, analfabeta e empregada doméstica, morar na casa onde trabalhava e não ter como levar os filhos. Durante o tempo que esteve distante dos filhos, a mãe de Eduardo economizou para comprar um lote e construir uma casa. Seu pai, que é mecânico, era responsável pela criação dos filhos, mas foram os irmãos mais velhos que realizavam os cuidados cotidianos.

A família de Eduardo, por parte de pai, é bastante numerosa, e suas lembranças de amizade dessa época remetem sempre aos primos. Era com os primos que Eduardo brincava, estudava, passava a maior parte do tempo. Com exceção dos finais de semana, quando aproveitava a companhia da mãe, de folga. Para Eduardo, a ausência da mãe durante boa parte do tempo na infância foi algo que lhe provocou uma grande carência afetiva.

Eduardo viveu com o pai até os doze anos de idade, quando passou a morar com sua mãe. Sempre estudou em escolas localizadas próximas a residência. Na escola, passou a conviver com outras pessoas fora do ambiente familiar. Ele deixou claro para mim, ao longo da entrevista, a diferença que estabelecia entre seus colegas, que eram pessoas conhecidas do convívio diário na escola, e os amigos, que eram as pessoas em quem confiava. Ele se

considerava uma pessoa de muitos colegas e poucos amigos. Geralmente, seus amigos eram seus primos, com quem convivia também fora do ambiente escolar.

Eduardo foi levado à igreja evangélica pela irmã, ainda quando criança. Ao deixar a casa do pai, passou a frequentar o catolicismo, que é a religião da mãe. Contudo, para Eduardo, a religião nunca foi um drama, principalmente no que diz respeito à própria sexualidade.

Ele me disse que desde a infância sentia atração por homens, embora, quando criança, não tivesse clareza do próprio desejo. Foi na adolescência que reconheceu para si sua homossexualidade e foi também nessa época, aos dezesseis anos, que ocorreu sua primeira experiência sexual. Foi com um colega de escola e também vizinho, com quem Eduardo viveu um rápido envolvimento. Ainda menor de idade, passou a frequentar ambientes gays, como bares e boates. Sua entrada nesses lugares era possibilitada pelo uso de uma carteira de identidade falsa. Relata ter ido para alguns desses lugares sozinho, outras vezes com um irmão, também homossexual.

Eduardo assumiu-se gay para sua mãe depois que sua irmã leu algumas mensagens de celular que trocou com um rapaz com quem se relacionava. Sua mãe o questionou se ele era, de fato, gay, quando decidiu se assumir. Ele me relatou que, inicialmente, sua mãe teve bastante resistência, chegando a culpar o irmão mais velho, já assumido como homossexual, por ter “influenciado” Eduardo a se *tornar gay*. Ele me disse que, atualmente, sua homossexualidade não é um problema para ela, que tem, inclusive, um bom relacionamento com seu namorado.

Eduardo começou a trabalhar na adolescência, com quinze anos. Aplicava questionários para um instituto de pesquisa e, um pouco antes de completar dezoito anos de idade, foi selecionado para trabalhar como operador de telemarketing em uma empresa do ramo. Ele permaneceu nesse trabalho por cerca de dois anos. No momento da nossa entrevista, Eduardo encontrava-se desempregado. Foi nesse trabalho que Eduardo conheceu uma das suas maiores amigas. Além de ser sua chefe, ela também era sua vizinha. Essa amiga foi, juntamente com o namorado dele, uma das poucas pessoas a saber do seu status sorológico.

O percurso de Eduardo com o HIV se iniciou quando ele já estava doente. Eduardo passou a ter febre muito alta, sempre no mesmo horário, juntamente com inchaço no pescoço. Durante seis meses, procurou tratamento médico várias vezes para ver o que eram aqueles sintomas. Em um dia, indo para o trabalho, Eduardo desmaiou dentro do ônibus e foi levado imediatamente para a emergência de um hospital. O médico que o atendeu recomendou que

ele fizesse um teste rápido para sífilis e HIV. Trinta minutos depois de realizado o teste, foi confirmada a sua suspeita.

5. A CARREIRA COM O HIV

Como já exposto no capítulo sobre metodologia (capítulo III), nossa análise será conduzida a partir da divisão da amostra em dois grupos definidos pelo critério geracional: o primeiro grupo composto por Anaximandro e Benjamim Portela, homens na faixa etária dos 50 anos, e o segundo grupo composto por Carlos, Dante e Eduardo, com média etária em torno de 21 anos. Nosso objetivo é verificar se existem padrões regulares entre os integrantes de cada grupo, e entre grupos, para, em um terceiro momento, estabelecermos comparações. Primeiramente, faremos uma caracterização geral dos homens entrevistados:

<i>Entrevistado (nome fictício)</i>	<i>Cor/Raça (autodeclarada)</i>	<i>Renda Mensal (em Reais)</i>	<i>Idade</i>	<i>Profissão</i>	<i>Ano de Diagnóstico</i>
Anaximandro	Preto	2000	50	Professor	2011
Benjamim Portela	Preto	2000	49	Aposentado	1994
Carlos	Pardo	900	18	Operador Telemarketing	2014
Dante	Pardo	1900	26	Visual Merchandising	2012
Eduardo	Preto	1700	20	Desempregado	2014

Nossa amostra é constituída por cinco homens que reconhecem a si próprios como homossexuais, de idades que variam de dezoito a cinquenta anos, todos auto reconhecidos como pretos e pardos, residentes na cidade de Belo Horizonte, em tratamento para HIV/aids em instituições públicas de saúde e com renda mensal que varia de R\$900 a R\$2.000. Dos cinco entrevistados, somente dois possuem título superior: Anaximandro, que é formado em Psicologia e Filosofia, e Dante, que é formado em Moda. Com exceção de Benjamim Portela, que é aposentado, os demais entrevistados estão inseridos no mercado de trabalho, sendo que Eduardo, desempregado no momento da entrevista, executa trabalhos informais esporádicos. Eduardo é o único entrevistado que está em um relacionamento estável, cujo parceiro também possui sorologia positiva para o HIV. Sobre a situação de moradia, Anaximandro divide casa com um amigo e Benjamim Portela mora sozinho; dentre os mais novos, com exceção de Eduardo, que mora com seu namorado, Carlos e Dante moram com mãe e irmãos. A mãe de Dante é pensionista, viúva do segundo casamento, a mãe de Carlos é cozinheira e a mãe de

Eduardo é trabalhadora doméstica. As mães de Carlos, Dante e Eduardo são chefes de família, e os pais de Anaximandro e Benjamim Portela já são falecidos.

Na primeira parte desse capítulo, discorreremos a respeito da relação com o HIV, dando prosseguimento à trajetória apresentada no capítulo anterior. Nossa análise está organizada a partir das etapas da carreira de cuidado contínuo, buscando analisar os processos conduzidos pelos entrevistados em cada etapa. No capítulo posterior, daremos prosseguimento a nossa análise, porém, focado na construção da soropositividade, a partir dos elementos apresentados.

5.1 A análise por grupos etários: Anaximandro e Benjamim Portela

5.1.1 A Realização do Teste anti-HIV

<i>Entrevistado</i>	<i>Teste anti-HIV</i>	<i>Ano de Diagnóstico</i>
Anaximandro	Posto de saúde/ COAS	1994
Benjamim Portela	Laboratório particular	2011

Os processos que conduziram Anaximandro e Benjamim Portela à realização do teste anti-HIV são de motivações distintas. Anaximandro realizou o teste pela recomendação de um médico, ao procurar uma unidade básica de saúde (ou posto de saúde, como essas unidades são denominadas na cidade de Belo Horizonte), após o surgimento de sintomas de outra infecção:

Então, eu, normalmente, é, primeiro me vi infectado, não pela, me vi infectado, não pelo HIV, mas pela sífilis, porque eu fui a um posto de saúde porque estava com algumas coisas em mim não tavam dando conta de sarar, cara, tava desenvolvendo minhas unhas estavam ficando grossas, e na sola do meu pé tava se criando umas ulcerações, eu fui ao médico porque aquelas ulcerações estavam me chateando demais, eu pisando aquilo tudo, tava me doendo. (Anaximandro, 50 anos)

Como a sífilis já estava em estágio avançado de infecção, o médico sugeriu que fossem realizados outros exames para verificar se havia também mais infecções, dentre as quais pelo HIV. Por sua vez, Benjamim Portela, após um período de distanciamento do “meio

gay”, decorrente do relacionamento com um homem casado, ao reencontrar seus amigos, percebeu que parte deles estavam infectados pelo HIV e morrendo de aids.

Foi quando eu vi que meus amigos estavam, alguns deles, que meus colegas tinham falecido. E, quando foi em 94, aí eu falei assim, quer saber de uma coisa? Se meu amigo ta assim, eu vou procurar fazer um exame. (Benjamim Portela, 49 anos)

Era o ano de 1994, e a epidemia de aids estava em um momento bastante crítico, com níveis de morbidade e mortalidade bastante elevados. Benjamim Portela apresentou uma micose na unha e, aproveitando a situação, realizou a testagem. Entretanto, a principal motivação para a realização do teste foi devido ao reconhecimento de que pessoas próximas ao seu convívio, e com quem já havia se relacionado sexualmente, estavam infectadas. Temos aqui motivações de duas ordens: em um caso se deu pela recomendação médica, mediante os sintomas e diagnóstico de outra infecção; no outro caso, a motivação para a realização do exame partiu do próprio sujeito, uma vez reconhecendo a possibilidade dele também vir a ser infectado pelo HIV.

5.1.2 Reações ao Diagnóstico Positivo para o HIV

A reação ao diagnóstico positivo para o HIV pode suscitar emoções dos mais diversos tipos. Nos dois casos descritos nesta seção, a temporalidade é um elemento importante para se considerar, haja visto a diferença de dezessete anos do diagnóstico de um caso e de outro, além de nos oferecer elementos para se pensar, a partir do desenvolvimento da aids enquanto doença e dos recursos disponíveis para tratamento, nas reações possíveis que o resultado positivo pode provocar, principalmente no que tange a letalidade da doença e seu potencial de morbidade. Isso porque, no caso de Benjamim Portela, seu diagnóstico ocorreu no ano de 1994, em um contexto marcado por grande incerteza e risco, ao contrário de Anaximandro, que foi diagnosticado em um momento de possibilidade de tratamento eficaz. Mas, em que medida a temporalidade interfere nas reações suscitadas pela confirmação do diagnóstico? Uma questão a se considerar diz respeito à incerteza, como discutido no capítulo II deste trabalho. No ano de 1994, o diagnóstico positivo para HIV era considerado uma sentença de morte, marcado pelo elevado grau de incerteza, que se justifica nas palavras de uma médica proferida a Benjamim, após ele receber o seu diagnóstico:

E depois disso eu continuei trabalhando, aí cheguei perto de uma médica, e como ninguém sabia nada, a médica, que era uma médica otorrino, e perguntei pra ela quanto tempo ela

me dava de vida. Ela falou assim, pelo seu jeito, que você é extrovertido, eu te dou de três a cinco anos, estourando, porque não passa disso. (Benjamim Portela, 49 anos)

Hoje, dada a possibilidade de recursos para tratamento, é possível que os sujeitos vislumbrem um cenário de menos incerteza? Que tipo de reação seria suscetível para os sujeitos diagnosticado em um contexto em que a aids já não se apresenta como uma sentença de morte? Não somente o caso de Anaximandro pode nos oferecer alguns apontamentos sobre essas questões (principalmente por se tratar de um sujeito com cinquenta anos de idade), mas, principalmente, os entrevistados mais jovens, que receberam o diagnóstico depois do ano de 2012, como veremos mais adiante. Anaximandro não se viu surpreso pelo resultado do seu exame; ele mesmo se reconheceu vulnerável à infecção pelo HIV outras vezes:

Ah, cara, não foi tanta surpresa, entende? Porque eu já tinha passado perto disso tantas vezes, tantas vezes, tantas vezes... (Anaximandro, 50 anos)

A primeira reação de Benjamim quando soube que estava infectado pelo HIV foi de preocupação quanto os cuidados com a família, por ser o irmão mais velho:

Na hora eu fiquei assim, chateado, não pensei assim, ah vou pular do muro, vou pular não sei de onde... Eu pensei assim, não pensei muito em mim, pensei nos meus irmãos, porque eu pensei assim, nossa, eu vou morrer, e quem vai cuidar dos meus irmãos, porque até então, eu tinha essa vida toda, mas eu tava sempre ali, cuidando deles, eu fui pai, mãe e irmão ao mesmo tempo com eles ali. Então, eu pensava neles. (Benjamim Portela, 49 anos)

Pela sua posição de cuidador, e como figura central na estrutura familiar, diante de um veredito de morte, como a aids era considerada na época, Benjamim se preocupou mais com os cuidados dos familiares em uma situação de óbito do que com a própria infecção. Para Anaximandro, a reação suscitada pelo diagnóstico positivo para o HIV foi marcada pelo sentimento de culpa. Pelo fato de se considerar com conhecimento suficiente para evitar sua infecção, ainda que reconhecendo sua vulnerabilidade, a reação imediata ao diagnóstico foi de decepção:

Merda, lutei, lutei pra não cair aqui e to caindo. Porque eu militei bastante junto a esse Dignidade, que era um grupo que eu fazia parte, da gente fomentar consciência e atitude, né, e quando me vi eu via eu, naquela posição. Isso tudo era entristecedor, no início... (Anaximandro, 50 anos)

O sentimento de culpa está mais relacionado à responsabilidade individual pela própria prevenção do que pelo conhecimento prévio sobre a doença. Mesmo reiterando a expressão *tantas vezes*, em um exercício de elaboração da situação relatada, a dimensão da vulnerabilidade se tornou objetificada somente a partir do diagnóstico positivo. Ele tomou

consciência do seu diagnóstico quando repetiu o exame em um COAS, no momento do aconselhamento com um profissional de saúde:

E aí, nesse momento, tive aquele atendimento da... Aconselhamento. E nesse momento, cara, vou te ser bem sincero, mas eu me vendo naquela posição, ali é como se batesse assim, a real (...) essa posição de soropositividade e que ela não tem revertério, sabe? (Anaximandro, 50 anos)

A consciência da irreversibilidade do diagnóstico, tratando-se de uma doença ainda sem cura, foi *a real* referida por Anaximandro, ou seja, a compreensão da condição diagnóstica irreversível que se encontrava. O sentimento de culpa não foi algo que marcou a experiência de Benjamim; pelo contrário. Ele relata o esforço de assumir a condição diagnóstica para si mesmo, sem procurar culpados para o ocorrido:

E, em relação ao HIV, eu tentei assumir aquilo pra mim, não me culpo por eu ter me infectado, e não culpo o outro, aquele que passou pra mim. Talvez esse possa ser um diferencial nisso que to vivo até hoje. (Benjamim Portela, 49 anos)

Para ele, o reconhecimento da própria situação é um fator que o diferencia do modo como outras pessoas diagnosticadas passam a enxergar a infecção e lidam com ela na vida. A confiança em si mesmo seria um diferencial em um contexto de muitas incertezas.

5.1.3 Inserção nos Serviços de Saúde/ Início da Terapia Antirretroviral

<i>Entrevistado</i>	<i>Início da TARV</i>	<i>Vinculação a serviços de saúde</i>
Anaximandro	2013	CTR DIP Orestes Diniz
Benjamim Portela	1994	CTR DIP Orestes Diniz

Logo que foi diagnosticado positivo para o HIV, Benjamim procurou um centro de referência para repetir os exames e, assim, confirmar seu status sorológico. Entretanto, ele teve outro problema de saúde, uma acalasia no esôfago. Segundo Benjamim, esse problema não foi decorrente de complicações pelo HIV, mas o fez perder muito peso, vindo a adquirir, segundo ele, uma “aparência de doente” (magreza extrema, palidez, etc.). Esse problema de saúde seguiu-se por dois anos e, agravado pelo diagnóstico positivo para o HIV, levou Benjamim a se aposentar. Entretanto, Benjamim adquiriu uma postura otimista diante das doenças a que fora acometido, sobretudo em relação a boatos que surgiram decorrente da sua condição de saúde.

E aí, eu falei assim, eu não vou deixar o olhar do outro me derrubar. Porque assim, tinha muitos amigos meus que faleceram com HIV, outros faleceram com câncer, então eu vou assumir que estou com problema no estomago. Então as pessoas falavam, ele está com câncer no estomago, o que ele tem, ele vai, ele não vai, ele não vai passar de alguns meses... Mas eu não deixei aquilo me abater. Tinha dia que eu fiquei chateado, mas todos os lugares, os meus amigos me chamavam pra ir, e eu caquético, pesando 36kg, eu não queria nem saber. Eu ia e chegava lá, mesmo, tomava água, mas eu ia, e mostrava pras pessoas que era igualzinho a elas. Acho que isso fez um diferencial, não deixando aquilo me abater. (Benjamim Portela, 49 anos)

Para Anaximandro, o início da medicação ocorreu em uma situação de stress devido a mudanças no seu ambiente de trabalho. Na ocasião, ele ocupava o cargo de agente de monitoramento no espaço semiaberto que acolhe menores infratores, em Curitiba. A situação de risco no trabalho levou Anaximandro a desenvolver herpes zoster, que foi o fator desencadeador para o início da medicação, no ano de 2013. Anaximandro relata não ter sofrido nenhum efeito colateral devido ao uso da TARV. Ele toma a medicação de comprimido único, e seus resultados ambulatoriais indicaram, nos últimos exames realizados até o momento da entrevista, carga viral zerada, assim como Benjamim.

5.1.4 Confidencialidade do status sorológico

<i>Entrevistado</i>	<i>Quem sabe da sorologia</i>
Anaximandro	Amigos
Benjamim Portela	Amigos, irmã

Segundo Pollack (1988), as principais características das experiências de doença com o HIV/aids para homossexuais masculinos são o segredo e o silêncio e, na medida do possível, a continuidade da vida. O autor analisa o contexto francês na segunda metade da década de 1980, e a situação que estamos tratando nessa dissertação é bastante diferente daquela analisada por Pollack. Entretanto, alguns elementos permanecem na experiência desses sujeitos. A confidencialidade do status sorológico é algo mantido pelos entrevistados, que revelam a condição diagnóstica para poucas pessoas. Anaximandro revelou sua condição clínica para poucos amigos; ninguém da sua família sabe. Sobre as razões para a escolha das pessoas para quem contou:

Olha, primeiro porque eu vejo que as tenho como amigas mesmo. E, talvez, porque eu queria cumplicidade mesmo, né? Então seria essas duas ideias, ideal de cumplicidade, no sentido de, que, eu preciso existir honestamente frente a problemas de gente que eu sei que me ama, né, e que, talvez, vão me amar menos, pode ser, mas eu queria compartilhar com elas isso. (Anaximandro, 50 anos)

A necessidade de Anaximandro revelar seu status sorológico para alguns poucos amigos se deveu a um ideal de cumplicidade, sobre honestidade consigo e em relação a seus relacionamentos. Interessante que esse impasse ocorre para muitas pessoas que vivem com HIV quando estabelecem vínculos afetivos com outros parceiros, em que o silêncio sobre a condição diagnóstica pode se tornar inviável, principalmente quando há negociações sexuais e de proteção (usar ou não preservativo nas relações sexuais). Benjamim contou a sua sorologia somente para alguns amigos mais próximos. Para ele, a escolha das pessoas era pautada pela resposta que a pessoa poderia oferecer a ele.

A questão do tratamento, como a pessoa me tratava, a forma como ela pegava no colo, nessa forma, eu acabei contando. Na verdade, assim, pros meus amigos eu cheguei a contar pra uma pessoa. (Benjamim Portela, 49 anos)

Ele relata uma situação em que se viu obrigado a revelar a sua sorologia para sua irmã, porque foi visto no CTR, com ela, por um conhecido. Esse conhecido questionou sua irmã se ela era soropositiva, no que ela respondeu que estava somente acompanhando Benjamim - “então seu irmão tá”. Após ser pressionado pela irmã, ele se viu obrigado a revelar sua sorologia para ela. Benjamim revelou que hoje lida de forma mais tranquila em relação à manutenção do segredo.

E, com isso, hoje, quer dizer, to praticamente com 50 anos, tenho outra vivencia das coisas, então assim, se uma pessoa chegar e me perguntar, eu chego e falo, realmente eu sou assim, mas se não perguntar, pra que eu vou ficar fuçando... (Benjamim Portela, 49 anos)

Sobre a revelação da orientação sexual, há um impasse entre os dois entrevistados. Anaximandro revelou sua orientação sexual para alguns amigos próximos, diferentemente de Benjamim, cuja família tem conhecimento da sua homossexualidade. Anaximandro revelou, ainda, que a única vez que se sentiu discriminado por alguém próximo a quem revelou sua sorologia foi um padre, que preferiu não manter mais contato após a revelação; para Anaximandro, o distanciamento do padre se deveu pelo fato dele ter se revelado ser soropositivo.

5.2 Análise por grupos etários: Carlos, Dante e Eduardo

A seguir, discorreremos sobre a trajetória com o HIV para o segundo grupo analisado.

5.2.1 A Realização do Teste anti-HIV

<i>Entrevistado</i>	<i>Ano de Diagnóstico</i>	<i>Teste anti-HIV</i>
Carlos	2014	URS Savassi
Dante	2012	Laboratório particular
Eduardo	2014	UPA Venda Nova

Cada entrevistado desse grupo etário realizou a testagem em momentos próximos, entre os anos de 2012 e 2014, ainda assim, suas reações e motivações foram de ordem diversa. Diferentemente do que é reverberado pelo senso comum, de que os jovens atualmente não têm medo de contrair HIV dado a cronificação da doença, o que se observou entre os entrevistados foi um receio muito grande da infecção, em muito relacionado ao imaginário social sobre a aids, que associa o HIV à letalidade e grande potencial de morbidade.

Carlos procurou atendimento médico pelo aparecimento de sintomas de uma infecção após uma relação sexual desprotegida. Ele conheceu o homem que supostamente lhe infectou em um aplicativo para encontros sexuais utilizado por homens gays e, após a relação sexual, não conseguiu mais estabelecer contato com o parceiro. Dias depois, apareceram sintomas de uma inflamação na região genital que levou Carlos a procurar um serviço médico de pronto atendimento; lá, ele foi encaminhado a um centro de serviços especializados em doenças sexualmente transmissíveis localizado na região sul de Belo Horizonte.

No acolhimento, foi solicitado a Carlos a realização de exames laboratoriais, dentre os quais o de HIV. Foi a primeira vez que Carlos realizava esse exame. Quando buscou seu resultado, coincidentemente na semana que se comemora o dia mundial de enfrentamento à aids, primeiro de dezembro, os sintomas da primeira infecção já haviam sido sanados. A expectativa gerada até sair o resultado do exame de HIV fez com que Carlos se defrontasse com o medo de um provável resultado positivo:

“Ai depois teve um negócio também, passou no Fantástico, falando sobre isso, internet falando só sobre isso, tudo já tava girando em minha volta, né, sobre essa possibilidade de vir o resultado positivo (...) Tipo, fechei o olho e ouvido, ignorei tudo, não assisti nada disso, não assisti, né.. que nem eu relatei pra ela, não gosto de Cazuza... De Cazuza, não gosto, devido o fato do vírus, não gosto de jeito nenhum... isso é uma coisa devido ao medo mesmo, cresci já com medo, né, de ser infectado...” (Carlos, 20 anos)

Os eventos relacionados ao primeiro de dezembro, como peças publicitárias sobre prevenção ao HIV/aids veiculadas na televisão e internet, o laço vermelho, símbolo da aids, que estava no prédio da Secretaria Municipal de Saúde quando Carlos foi buscar seu resultado, acentuaram seu medo do resultado positivo para o HIV. No momento da consulta, quando havia duas profissionais de saúde para entregar o resultado do exame para Carlos, ele já havia suspeitado que o resultado daria positivo.

O medo de se infectar com o HIV também era algo que fazia parte da vida de Dante. “*Eu transei, mas, tipo, mas eu tinha esse medo comigo, de me cuidar. Então todo ano eu fazia exames de HIV*”. A motivação para a realização da testagem, quando soube do seu diagnóstico, se deu pelo início de um relacionamento que, até então, julgava ser sorodiscordante, ou seja, quando um dos parceiros é positivo para o HIV e o outro não. Ainda, o aparecimento de um sintoma, nódulos na região da nuca, também motivou Dante a realizar a testagem. Foi solicitado à Dante uma bateria de exames, dentre os quais HIV; no momento que retornou à médica para levar os resultados dos exames, Dante se esqueceu, como um ato falho, de levar o resultado do exame de HIV e não retornou à médica posteriormente. Entretanto, ao ouvir o relato do seu namorado sobre a infecção dele, tomou consciência do resultado que havia lido.

Aí, eu encontrei com o J, conversando com o J e tal, esse meu namorado da época, ele foi e me contou uns detalhes de como ele descobriu, de como foi e tal. Aí ele falou pra mim, ah, Dante, quando a médica falou reagente, meu mundo foi pro chão. Na hora que ele falou a palavra reagente, eu viajei. Ele falando as coisas comigo, eu só pensava no meu exame, eu só pensava no meu exame... Reagente, reagente, reagente, reagente... Meu exame deu reagente, meu exame deu reagente, eu tenho que voltar na médica... (Dante, 26 anos)

Dante relatou estar seguro que o resultado do seu exame de HIV daria negativo, como das outras vezes que realizara o teste. Ele afirmou ter tido uma única relação sexual desprotegida com um amigo, após um período de abstinência sexual. Se tratando de uma pessoa conhecida, Dante não considerou que pudesse se infectar naquela ocasião.

Era sempre muito tranquilo porque era muito seguro, por mais que tinha tido essa relação com esse meu amigo, por achar que é meu amigo, por conviver com ele, então, apesar de tudo, não sabia da vida sexual dele, mas era uma pessoa que eu achava ser de confiança. (Dante, 26 anos)

O discurso de Dante denota um cuidado com a prevenção centrado no tipo de relação que se estabelece com o parceiro sexual. Se o parceiro em questão se trata de alguém com quem há algum grau relativamente próximo de conhecimento, estabelece-se uma relação de confiança que permeia as negociações de proteção e o uso, ou não, do preservativo. Assim,

nessa perspectiva, o risco de infecção está mais relacionado ao conhecimento prévio sobre o parceiro, ou se o parceiro é alguém desconhecido. A confiança no parceiro fez com que Dante não se considerasse exposto à infecção pelo HIV e, tendo a prática de realizar os testes regularmente, considerava-se com menos possibilidade de vir a infectar-se.

Para Eduardo, o processo da testagem ocorreu de maneira mais dramática. Durante meses ele apresentou sintomas de febre e dores, mas não procurou ajuda médica por não ter dado a devida atenção àquele quadro infeccioso que se apresentava. Em uma ocasião, desmaiou dentro do ônibus, a caminho do trabalho, sendo levado à uma unidade de pronto atendimento, onde foi atendido às pressas; ali ele realizou, pela primeira vez, o teste anti-HIV.

5.2.2 Reações ao diagnóstico positivo

As reações em comum ao diagnóstico positivo para o HIV referem-se a um sentimento de desestabilidade do real, o rompimento de certezas da vida. Segundo Carlos, no momento que recebeu o resultado do seu exame, sua reação pode ser descrita nos seguintes termos:

Que nem eu falei com a doutora, né, a, a C, no dia que eu falei com ela, a médica, a psicóloga, até relatei com ela que a experiência assim, o momento da descoberta foi muito parecido com o filme Alice no país das maravilhas. Porque a Alice, ela tá, quando ela vai, antes de ela ir pro país das maravilhas, ela ve que tem uma coisa estranha acontecendo com ela, tem uma coisa rodeando com ela ali, né, e chega num momento que ela vai, ela chega a ir perto da árvore, né, e cai dentro dessa árvore. Ela tenta segurar em alguma coisa mas não consegue, e começa a cair. A mesma coisa eu me senti, né, eu caí e não conseguia segurar nada, não conseguia ficar em pé. E quando eu percebi já tava num mundo totalmente diferente, né? (Carlos, 20 anos)

Carlos fez uma analogia do momento que recebeu a notícia do seu diagnóstico com a personagem Alice, quando cai no buraco ao seguir o coelho, como na história do livro de Lewis Carroll, *Alice no País das Maravilhas*; essa analogia nos dá ideia de desestabilização da realidade no momento que Carlos soube do resultado do seu exame de HIV. Ele aceitou a própria condição dias depois, depois de se conscientizar acerca da irreversibilidade do resultado positivo para o HIV.

Nossa, três dias depois, eu fiquei pensando, eu falei assim, nossa, é isso mesmo, né? Aí eu falei assim, agora não tem mais jeito, né? Eu vou ter que me adaptar... E foi quando realmente caiu a ficha... (Carlos, 20 anos)

Já para Dante, a reação ao diagnóstico positivo suscitou desespero, seguido de um período de introspecção e tristeza pelo resultado positivo do seu exame de HIV:

Aí fui pra casa, não deixei o J ir pra casa comigo, e fiquei e tarde inteira sozinho, só chorando, trancado dentro do quarto, a única coisa que eu fiz foi ligar pro J de novo, começar a chorar, desabar e tal, ligava, foi assim, foi um dos piores dias da minha vida, que eu entrei em desespero. Passa tudo dentro da sua cabeça, você acha que você vai morrer, por mais que você tenha informações, hoje eu falo que HIV é muito mais uma doença psicológica do que física. Que ela mexe com uma estrutura emocional. Você acha que você nunca mais vai encontrar ninguém, que ninguém vai te querer, que você vai ter que viver isolado do mundo e tal. Então, aquilo tudo naquele dia foi isso que vinha na minha cabeça. (Dante, 26 anos)

Dante contou com o apoio do seu namorado da época, que também era soropositivo, e que foi a figura central no processo de Dante de assimilação da condição de doença e aceitação do diagnóstico. Parte da reação de Dante tem a ver com as representações que ele tinha sobre a aids, associadas com a morte; ele imaginava-se com pouca expectativa de vida em decorrência do seu diagnóstico positivo para o HIV, semelhante ao prognóstico dado pela médica à Benjamim:

Comigo, pra mim, a única coisa que eu ia sobreviver por um período, né, que eu achava que, eu ia, por mais que eu fizesse algum tratamento, eu ia sobreviver por mais um período. As informações, por mais que a gente tenha acesso às informações, mas quando você não ta inserido como esse diagnóstico, quando você não tem esse diagnóstico, você não procura muitas informações. (Dante, 26 anos)

Semelhantemente para Eduardo, cuja reação ao diagnóstico positivo também foi marcada por insegurança e desestabilização da realidade:

Assim, a minha reação, na hora que o médico me contou, o meu mundo desabou, porque eu não sabia o que fazia, o que tinha que fazer, o que eu ia falar com minha mãe. Minha mãe preocupada no serviço, indo pra UPA, porque eles ligaram pra ela, e a primeira pessoa que eu contei foi pra ele, e eu ainda contei por telefone, na UPA, isso na faixa das 5 horas da tarde, o médico chegou de uma forma muito espontânea, ah eu fiz o teste em você e o teste deu positivo, to tentando transferir você pra um hospital referência, pra ver se você tem alguma doença em cima do HIV, pra gente começar esse tratamento. E nisso meu mundo desabou, porque eu não sabia o que fazia, e nisso a psicóloga referente da UPA veio, conversou comigo, a assistente social veio e conversou comigo... (Eduardo, 20 anos)

Entre os entrevistados mais jovens, o resultado positivo para HIV é vivido de modo mais dramático, se comparado aos entrevistados do outro grupo etário. O interessante dessa constatação é que ela vai na direção contrária ao discurso do senso comum, sobre uma suposta falta de medo dos mais jovens em contrair HIV, uma vez que o medo, para esse grupo etário, se manifesta na negação para a realização da testagem, considerada uma blindagem decorrente de uma eventual constatação do diagnóstico positivo para o HIV.

5.2.3- Inserção nos serviços de saúde/TARV

<i>Entrevistado</i>	<i>Início da TARV</i>	<i>Vinculação a serviços de saúde</i>
Carlos	2015	URS Savassi
Dante	2013	CTA Sagrada Família
Eduardo	2015	Hospital Eduardo de Menezes

O início do tratamento com a TARV se dá mediante a inserção dos sujeitos nos serviços especializados de saúde para DST/Aids. A atual política brasileira de HIV, fazendo uso do PCDT²³, insere imediatamente os diagnosticados na política de cuidado contínuo, a cascata. Importante reiterar que a vinculação nos serviços de saúde e o início da TARV visa a cumprir a meta brasileira de 90-90-90²⁴, acordada na OPAS.

Carlos iniciou sua medicação sem sofrer grandes efeitos colaterais. Ele se vinculou à unidade de atendimento especializado onde realizara seu teste anti-HIV. Já Dante, que realizou a testagem em laboratório particular, foi conduzido a um CTA localizado na região leste de Belo Horizonte por J. O acolhimento recebido na instituição de saúde foi o fator decisivo para Dante se vincular à instituição:

O J me levou lá no PAM pra mim conhecer como funcionava (...) Mas o pessoal lá me tratou com uma humanidade assim, tipo eu fui muito bem acolhido, sabe, fui muito bem assistido nesse período da minha vida, tanto pela minha médica que me acompanhava, que era a doutora M... (Dante, 26 anos)

O caso de Eduardo foi o mais crítico, uma vez que fora diagnosticado para o HIV por conta de tuberculose, que o levou a um período de internação em um hospital referência para doenças infecto-contagiosas. O início da TARV foi precedido de tratamento para a tuberculose ganglionar, causada por patógeno oportunista. Durante o período de internação, de quase duas semanas, chegou a tomar cerca de treze comprimidos diários. Após um período de três meses de tratamento para a tuberculose, Eduardo iniciou a TARV. Com a finalização do tratamento para tuberculose, Eduardo fora diagnosticado com meningite, que se seguiu de um período de internação no mesmo hospital por cerca de um mês. Ou seja, Eduardo teve duas complicações devido ao HIV: tuberculose ganglionar e, depois, meningite.

Durante o período de internação, Eduardo fora convidado por um enfermeiro do hospital a participar de uma rede de jovens que vivem com HIV. Por meio da participação

²³ Para saber mais,

http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2013/55308/protocolofinal_31_7_2015_pdf_31327.pdf, acesso em 01 de março de 2016.

²⁴ Trata-se de um acordo estabelecido pelo governo brasileiro em reunião da Organização Panamericana de Saúde, e reconhecida pela UNAIDS em 2014, cujo compromisso entre os países que afirmaram o acordo visa atingir, até o ano de 2020, a meta 90-90-90: 90% das PVHA diagnosticadas, 90% das PVHA diagnosticadas em TARV e 90% das PVHA em TARV com supressão da carga viral. Para ver mais, Brasil, 2014.

nessa rede, ele foi convidado, também, a participar do conselho de usuários do hospital. É o que ele se refere como *convivência ampla*:

Um enfermeiro local, de lá, a partir da minha segunda internação, viu que eu tava sofrendo e tudo e me indicou uma rede de jovens. Todos dessa rede de jovens são soropositivos. Todos que frequentam essa rede de jovens são soropositivos. Aí que comecei a conviver, teve as primeiras palestras no hospital, que foi quando o administrador desse grupo me chamou pra ir, foi quando eu participei pela primeira vez da palestra desse hospital. E foi quando eles me chamaram pra participar do conselho de usuários do hospital, onde a gente pode dar opinião do que pode ser melhorado, a gente participa de tudo que acontece no hospital a gente fica a par. (Eduardo, 20 anos)

A vinculação de Eduardo se relaciona a um modelo colaborativo de gestão hospitalar. Sua inserção ocorreu em dois níveis: na rede de jovens e, posteriormente, no conselho.

5.2.3.1 Suporte para superação e assimilação da condição de doença

Um elemento novo que aparece nesse grupo etário, e que não apareceu no primeiro grupo analisado, é o suporte emocional utilizado pelos sujeitos no processo de assimilação da condição de doença. O suporte, tanto de natureza individual quanto coletiva, foi um elemento importante que os sujeitos utilizaram para a aceitação do diagnóstico. Nos três casos analisados, verificamos que esse suporte vinha das mais variadas formas. Carlos buscou na internet, em um blog sobre temas relacionados ao HIV, ajuda para aprender a lidar com o processo que estava vivenciando. O anonimato da internet fez com que Carlos se sentisse seguro o suficiente para relatar a própria história e, assim, buscar apoio e conforto para lidar com a sua situação.

... No momento já que eu peguei o resultado do exame, a primeira coisa que eu, fui pra internet, fui pesquisar sobre tudo, medicamento, pessoas que conviviam com vírus, comecei a conversar com pessoas que tinham... (...) Tem um grupo, né? Aí, no caso, peguei contato com um ali, outro ali, que vi que tinha história parecida em questão também eu fiquei com preocupação, eu relatei minha situação todinha ali, naquele blog ali, no comentário. (Carlos, 18 anos)

Para Dante, o apoio do namorado, também soropositivo para o HIV, foi um elemento fundamental no seu processo:

Então o J começou a ser central na minha vida, porque era só ele que sabia das minhas dores, das minhas ansiedades, minhas sensações, por ele ter vivido, né? Então tudo que eu tinha que falar, todos os meus medos eu contava era pra ele. Então a gente começou, ele começou a me acompanhar. (Dante, 26 anos)

A cumplicidade com a situação diagnóstica de J oferecia elementos para Dante estabelecer uma relação de confiança e obter o suporte necessário para enfrentamento da depressão que se seguiu ao diagnóstico, tratada com intervenção psicoterapêutica.

Para Eduardo, o suporte inicial foi oferecido pelo seu namorado, que depois também se descobriu positivo para o HIV, e, em um segundo momento, da rede de jovens:

Assim, o grupo não faz parte do hospital, o grupo é fora, é uma rede de jovens fora. Se chama REAJA (...) Atualmente são, se não me engano, 48 pessoas em Minas Gerais que participam dessa rede, sempre ta tendo encontros, semana retrasada no feriado a gente para um sítio, alugamos um sítio, foram 26 pessoas da rede. (Eduardo, 20 anos)

A rede oferece um espaço de socialização para jovens que vivem com HIV e extrapola o compartilhamento de questões relacionadas ao vírus e à doença. Eles desenvolvem atividades recreativas juntos, criando formas de ajuda mútua.

A convivência do grupo em si é como se fosse uma família. Quase todo fim de semana a gente ta alugando sítio, muita gente encontra no barzinho, vai pra restaurante, vai pra rodízio. Se um se afasta do grupo, a gente quer saber o porquê se afastou, o que está acontecendo com ele, é uma convivência de família mesmo. Eu ficava muito no meu mundo porque eu não tinha com quem compartilhar... (Eduardo, 20 anos)

O aprendizado sobre tornar-se HIV positivo envolve um processo de familiarização e mudanças de rotina e concepções previamente estabelecidas sobre o próprio corpo, saúde e doença. Se para Valle (2010c) a principal característica deste processo é a monitorização do corpo, ele engloba elementos que envolvem outros agentes que interferem nesse processo. O aprendizado sobre tornar-se HIV positivo, após o choque inicial, envolve um processo de educação dos sentidos e da experiência corporal, que leva a uma nova perspectiva sobre si.

Não por acaso, os suportes acessados pelos sujeitos são de origem distintas: pode ser individual, como o caso de Dante, coletivo, como o caso de Eduardo, ou até mesmo virtual, como o caso de Carlos, que recorreu à grupos de discussão na internet ajuda para superar as questões que estava vivendo. Dentre os entrevistados, somente Dante buscou ajuda psicoterapêutica e psiquiátrica, que foi complementar ao suporte encontrado em J, seu parceiro no momento e que, pela sua experiência com a doença, seria uma fonte de confiança e apoio. Carlos e Eduardo recorreram a ajuda coletiva para lidar com os conflitos emergentes pelo diagnóstico positivo.

5.2.4 Confidencialidade do status sorológico

Entrevistado	Quem sabe da sorologia
--------------	------------------------

Carlos	Amigos
Dante	Amigos, mãe
Eduardo	Amigos, namorado

O status sorológico é compartilhado somente com poucas pessoas, cujo critério de escolha a quem vai ser revelado é pautado na confiança extrema. Nos três casos tratados nessa seção, todos estavam com parceiros fixos que acompanharam o processo de descoberta da sorologia e, logo, se tornaram confidentes.

No momento que se descobre com HIV, uma nova questão que os sujeitos se deparam refere-se à necessidade de revelar o diagnóstico para os parceiros sexuais. É quase uma revelação involuntária. Entretanto, a escolha das outras pessoas a quem vai ser revelada a sorologia é pautada sempre pela confiança. Com exceção de Dante, que revelou o diagnóstico à mãe, ninguém da família dos demais entrevistados sabem da sorologia. Sempre foi revelado a algum amigo, cuja escolha é pautada pelo critério de confiança, ou seja, há momentos e circunstâncias adequadas para revelar um segredo, cuja revelação envolve riscos – rejeição e discriminação, por exemplo. Mesmo em um contexto de menos incerteza, pela possibilidade de se viver bem (no sentido de uma normalização da vida) com HIV, ainda assim a sorologia é considerada pelos participantes como algo íntimo e pessoal, que demanda cuidado sobre como, a quem e quando revelar. Dentre os entrevistados, um deles relatou uma história que envolveu sua tia, sobre a desconfiança da infecção. Preferimos manter em sigilo o pseudônimo do entrevistado que relatou a situação seguinte; apesar de longa, a história apresenta uma riqueza de detalhes que nos ajudará a entender as questões que estamos tratando:

Nó, já teve vez que deixei minha mochila lá na casa da minha avó, e eu sempre deixo minhas coisas dentro da minha mochila, porque eu carrego ela pra tudo quanto é lugar. E aí uma tia minha pegou e abriu essa mochila, e aí ela leu a bula dos medicamentos, né? E aí, ela foi e contou pra outra tia minha, as duas me cercou, né, e, nisso, a noite, quando fui pegar o medicamento, eu assim, eu revirei a minha bolsa e não achava os medicamentos, não achava, não achava... eu ainda tava tomando os 3 separados, eu não conseguia achar. Aí tinha uma sacola dentro da minha bolsa, tava lá dentro da sacola. Eu fui assim, nó, mas eu não deixei aqui, e horas antes minha tia tinha mandado mensagem pra mim, no Whatsapp, falando que queria conversar. No outro dia ela foi lá em casa, me buscou, me levou pra casa dela, e conversou comigo. Ela falou assim: você está me escondendo alguma coisa. Ela falou assim, to vendo que você está muito triste... Mas, tava jogando um verde pra descobrir, né? Mas aí eu usei a lógica e tudo, e falei assim, não, isso aqui é, esqueci o nome. Quando a pessoa tem um relacionamento e em 72 horas toma o negócio... É, PEP. Aí fui e falei com ela que era isso, peguei o ciclope, que é o pedido de exame, né? Porque lá no ciclope tem assim: paciente com caso aids? Não. Porque realmente a gente não tem aids, né, a gente tem o HIV. Aí eu mostrei pra ela, paciente com caso aids? Não. Paciente com tratamento? Sim. Aí eu falei com ela que tava fazendo o tratamento porque tive um relacionamento desprevenido, né, e era durante o pedido de três meses, e foi

realmente foi durante o período de três meses que ela me viu com esse medicamento, Depois eu sumi com eles, né, aí bateu tudo. Aí ela falou assim, eu quero ver seu exame. Quando você fizer, falei assim, tranquilo. Aí, meu namorado fez o exame dele, cortei a parte do exame do meu namorado, fui no computador, no cabeçalho, coloquei as minhas informações, né, imprimi só o cabeçalho, a parte debaixo, falava relação sobre negativo, tudo, médica, peguei do dele, coleí uma parte na outra, tirei uma cópia. E quando você faz a cópia parecia o exame verdadeiro, ali, uma assinatura, né, fiz, falsifiquei e fui e mostrei pra ela. Falei, aqui, ó, negativo.

Com a ameaça de ter sua sorologia descoberta por um parente, o entrevistado forjou um resultado de exame negativo para HIV. O risco envolvido em ser descoberto era grande demais na situação em que se encontrou, o que levou o entrevistado a tramar um procedimento complexo a fim de manter sua sorologia em segredo. A relação com os parceiros cabe uma exposição à parte.

Carlos passou por uma situação delicada em relação a revelação do seu diagnóstico, dada a necessidade de contar ao namorado o resultado do exame e o receio da sua reação com a possibilidade de ele também ter se infectado. O suporte que recebeu nas redes sociais foi fundamental para Carlos revelar seu diagnóstico para o namorado; este, entretanto, não rompeu o relacionamento após a revelação, se testou para o HIV e não fora infectado.

Para Dante, o fato do seu namorado, no momento que recebeu o diagnóstico, também ser soropositivo, lhe possibilitou ter mais confiança e suporte emocional. O seu namorado se tornou, assim, a principal referência no processo de assimilação da condição de doença. Quando houve o rompimento do relacionamento, acentuado pelo quadro depressivo do diagnóstico, Dante tentou suicídio, ingerindo uma grande quantidade de medicamentos. Sua mãe, que acompanhou todo o processo e soube do status sorológico de Dante, via no seu namorado, J, uma referência para apoiar o filho no momento que estava passando. Foi a única vez que a mãe de Dante não impôs restrições a um relacionamento afetivo do filho. No caso de Eduardo, seu namorado o acompanhou no hospital durante o período da internação, foi testado para o HIV, porém, assim como ele, o resultado foi positivo.

Nosso objetivo, nesta seção, foi problematizar a carreira moral dos sujeitos com o HIV, organizando essa trajetória a partir das etapas de cuidado contínuo tratadas nessa dissertação. Uma análise sem considerar os percursos de vida se tornaria inconsistente para que possamos alcançar o objetivo deste trabalho. A seguir, apresentaremos e analisaremos as trajetórias dos sujeitos a partir das categorias levantadas ao longo dessa dissertação.

6. A EXPERIÊNCIA PRIVADA E A ESFERA PÚBLICA NAS TRAJETÓRIAS DE VIDA

Para compreendermos as relações de homossexuais masculinos soropositivos²⁵ com o HIV, faz-se necessário olharmos para as suas trajetórias de vida, a fim de entendermos a construção dessa relação, bem como os sentidos atribuídos a elas, nas histórias individuais. O percurso biográfico, descrito no capítulo IV, nos apresenta as trajetórias biográficas e as figurações que os sujeitos se inseriram no decorrer da vida. Como já discutido anteriormente, a sociologia figuracional de Norbert Elias nos ajuda a compreender as relações de interdependência que se dão entre os sujeitos, sendo alternativa a uma perspectiva centrada estritamente na estrutura ou na agência. A respeito das figurações, segundo Elias,

... essas concepções tradicionais serão substituídas por uma visão mais realista das pessoas que, através das suas disposições e inclinações básicas são orientadas umas para as outras e unidas umas às outras das mais diversas maneiras. Estas pessoas constituem teias de interdependência ou configurações de muitos tipos, tais como famílias, escolas, cidades, estratos sociais ou Estados. (ELIAS, 1970)

O argumento do autor, e que baseia nossa sustentação, é que qualquer análise centrada exclusivamente no indivíduo ou na estrutura perderia em riqueza analítica, dado que nosso problema de investigação se relaciona com outras dinâmicas sociais. Não é possível isolar nosso fenômeno de análise sem considerar os diversos elementos que constituem nosso problema, nem as redes construídas pelos agentes. E a análise das experiências de doenças crônicas é exemplar dessa questão.

Segundo Marc Augé, citado por Herzlich (2004), “*o grande paradoxo da experiência da doença é que ela é tanto a mais individual quanto a mais social das coisas*”. Como já discutido anteriormente, as experiências pertencem ao domínio privado, mas são constituídas em espaços sociais e a partir de relações sociais. Assim, considerar o privado e o social como lugares estanques é equivocado, uma vez que há um trânsito entre essas dimensões no qual as experiências dos sujeitos são elaboradas.

Consideramos que o corpo e as sensações corporais transitam do domínio privado para o domínio público quando se institucionalizam, a partir da relação dos indivíduos com as políticas e as estruturas de saúde. O cuidado, tratado nessa dissertação, se refere à inserção

²⁵ Consideramos que o termo mais apropriado se trata de *Pessoas Vivendo com HIV/aids (PVHA)*; entretanto, para evitar repetir a mesma expressão inúmeras vezes, optamos por empregar, ocasionalmente, a expressão soropositivo. A respeito das categorias, ver capítulo II.

dos sujeitos às políticas de tratamento para HIV/aids que, por sua vez, referem-se ao domínio público. O trânsito do privado para o público se torna elemento central cuja dinâmica, então, será analisada também a partir dos relatos de vida. Na construção das relações que elaboram as experiências da soropositividade, observamos um trânsito em sentido ao domínio público, como exemplo a revelação do status sorológico para outrem, e também pela inserção nas instituições de tratamento e de cuidado. Ou seja, na condição de soropositividade, os sujeitos transitam entre o domínio público e o domínio privado de diversos modos, através de diferentes contextos. Entretanto, essa transitividade não é um elemento novo na experiência da soropositividade. Ao olharmos para as biografias, pretendemos compreender como se deu esse trânsito em outros momentos da vida.

Algumas razões justificam essas categorias. Primeiramente, pelas características específicas do HIV, como discutido no capítulo 2. As experiências com o HIV, tratado como doença crônica, em um sentido comum pertence ao domínio do privado, mas que, como discorrido nesse trabalho, alcança a dimensão pública. O segredo e o silêncio sobre o status sorológico, bem como sobre a própria orientação sexual são considerados elementos que, por sua vez, pertencem ao domínio do privado, ainda que suas manifestações ocorram no domínio público, como veremos a seguir. Importante considerar que, no que tange essas categorias, existe um correlato entre a soropositividade e a identidade sexual que será explorado a seguir; discorreremos sobre essas questões adiante.

6.1 O Público e o Privado nas trajetórias dos sujeitos a partir dos relatos de vida

A estrutura da apresentação está organizada pelos ciclos biográficos: infância, adolescência e idade adulta. Dentro de cada etapa da vida, discorreremos sobre os contextos e as figurações presentes.

6.1.1 A análise por grupos etários: Anaximandro e Benjamim Portela

<i>Entrevistado</i>	<i>Infância</i>
Anaximandro	Inserção no mundo do trabalho, rompimento com escola,

	primeiras experiências sexuais;
Benjamim Portela	Morte dos pais, separação dos irmãos, inserção no mundo do trabalho, rompimento com escola;

Duas características comuns a esses entrevistados na infância: o trabalho, mesmo o informal; Anaximandro, ao auxiliar seu pai na extração de areia, e Benjamim, nos serviços domésticos, após o falecimento dos pais. Outra característica comum a ambos foi a interrupção da vida escolar. Para Anaximandro, na infância que suas primeiras experimentações sexuais ocorreram, com homens adultos e, na adolescência, com um cunhado.

<i>Entrevistado</i>	<i>Adolescência</i>
Anaximandro	Inserção no mercado formal de trabalho, inserção na vida religiosa, participação na Juventude Operária Católica, retomada dos estudos
Benjamim Portela	Reaproximação com os irmãos, inserção no mercado formal de trabalho, trabalho na cooperativa

Mesmo que Anaximandro e Benjamim Portela tenham iniciado sua trajetória de trabalho ainda na infância, foi na adolescência que ambos se inseriram no mercado formal de trabalho. Para Anaximandro, o envolvimento cada vez maior com grupos de leitura da bíblia e com missionários católicos da JOC, bem como sua inserção no mercado formal de trabalho, foram motivações para que retomasse os estudos, uma vez que não pôde frequentar durante o período regular. A relação com a religião, ainda na adolescência, marcaria toda a trajetória biográfica de Anaximandro; parte dos conflitos com a própria sexualidade foram decorrentes do seu envolvimento religioso.

Benjamim Portela ingressou em seu primeiro trabalho formal aos dezesseis anos, na cooperativa de um banco. Essa experiência seria marcante para Benjamim, primeiramente pela possibilidade de relacionamentos e amizades desenvolvidas naquele ambiente, e pela convivência com outros homossexuais, como seu chefe imediato, que o levou a se relacionar com outros gays e lésbicas. Esse movimento representou uma transição da vivência da sexualidade no domínio público.

A sexualidade, para Anaximandro iniciada na infância, para Benjamim a partir da adolescência, sempre resguardada a lugares escondidos, dada a prática considerada “errada”, dada pelo contexto que estiveram inseridos. Para Anaximandro, quando sua família se mudou para uma favela, a relação com a própria sexualidade se tornou um problema.

E aí, ao invés de ter um desabrochamento das minhas atitudes, eu fechei, por que? O que que a gente via? A bichinha da favela ser, é, é... Hostilizada, né, por exemplo, e eu não tendo coragem de falar disso tudo, ou, nem era o caso de falar, nem via isso como um valor, né, falar disso, só tinha os meus desejos, tá, mas vendo que tinha um lugar pra ocupar, que é o lugar do viado, que vai sofrer, primeira coisa é segurar a onda, né, segunda a onda porque senão você vai virar o viado do bairro... (Anaximandro, 50 anos)

Para Benjamim Portela, a fragilidade da sua condição familiar, e por ser o filho mais velho, levou-o a esconder seus sentimentos e suas práticas:

Dentro de uma casa, então assim complicava [ter a homossexualidade assumida para os familiares] porque além dos meus irmãos tinha assim, os filhos dela [sua tia e tutora], né, e por eu ser o mais velho da minha casa, né, eu tinha que mostrar uma, eu tinha uma, eu tive q mostrar uma, uma postura, porque na época, o que acontece, o homossexualismo era muito discriminado, não era essa coisa aberta que a pessoa chega e discute, fala na televisão e tal, o cara era gay... Então você tinha que saber o que você estava buscando. E por não ter, e com medo de sofrer uma retaliação por causa disso, assim, posto fora de, ser mandado embora pra fora de casa, minha tia, no meu caso, ela, ah eu não quero você aqui, você é má influência, em questão de foge dos meus filhos, então eu tive que, ou seja, eu tive que abafar, né, a minha homossexualidade, em aspás. (Benjamim Portela, 49 anos)

As primeiras manifestações da sexualidade foram vividas, para os dois entrevistados, no domínio privado, do escondido e do temeroso. O risco envolvido em manifestar publicamente o próprio desejo era grande demais. Para Anaximandro, dado sua pouca idade, sua vivência sexual foi marcada por relações abusivas com homens mais velhos. A mudança da família para uma favela acentuaria a dificuldade de desenvolver uma vivência afetiva e sexual fora dos espaços estritamente privados. Para Benjamim, sua homossexualidade “abafada” se deveu pelo receio de sofrer alguma hostilização, dado sua condição como filho mais velho e, nesse caso, um exemplo que não sustenta a homossexualidade.

<i>Entrevistado</i>	<i>Vida Adulta</i>
Anaximandro	Vida religiosa em outros estados e país, Inserção no meio gay;
Benjamim Portela	Amigos da noite, mudança profissional;

A vida adulta vai ser o momento na vida dos entrevistados onde algumas questões, outrora pertencentes ao domínio do privado, se afirmaram no domínio público. A partir do

jogo entre o privado e o público, será na fase adulta que muitos embates e conflitos que fizeram parte da trajetória dos sujeitos, principalmente a respeito da sexualidade, vão se manifestar na dimensão pública.

Para Anaximandro, a participação no coletivo *Dignidade*, figuração política de emancipação de gays e lésbicas onde atuou na década de 90, foi o elemento fundamental para afirmar publicamente sua sexualidade.

Aí começou, cara, porque esse grupo tinha muita vivência, ele era muito genuíno mesmo, no início, emancipação, tal, então Toni Reis, toda aquela galera dentro, era o início de um grupo muito combativo, no sentido de fazer presença, vamos pra rua livremente, vamos isso e aquilo... (Anaximandro, 49 anos)

O processo de emancipação ocorreu a partir da interação nessa figuração política. Ou seja, essa experiência social, compreendida no sentido do ‘trabalho que cada um de nós realiza sobre nós mesmos para ser o autor de sua própria vida’ (Dubet, apud Herzlich, 2004) vai se configurar de maneira relacional a partir da inserção, e manifestação, na esfera pública.

Para Benjamim, a construção de relações com outros gays e lésbicas para suprir uma demanda subjetiva, a necessidade de colo e carinho, levou-o à estabelecer esses relacionamentos na dimensão pública, principalmente no espaço da noite.

A noite era muito agradável, porque, o que acontecia, eu tava num outro, era uma outra coisa, assim, eu tava num outro mundo, né? Era sair daquele mundinho, família, né? Era um outro mundo assim, que as pessoas achavam que podia tudo. (Benjamim Portela, 50 anos)

Na noite era permitido ser o que quisesse o espaço das possibilidades. Essa reelaboração de si também se deu de modo relacional, a partir da inserção em figurações que conduziram Benjamim a tratar questões, outrora pertencentes ao domínio privado, para o domínio público.

6.1.2 A análise por grupos etários: Carlos, Dante e Eduardo

<i>Entrevistado</i>	<i>Infância</i>
<i>Carlos</i>	<i>Separação dos pais, mudança para o ES, início da trajetória escolar.</i>
<i>Dante</i>	<i>Separação dos pais, morte do padrasto, início da trajetória escolar.</i>
<i>Eduardo</i>	<i>Separação dos pais, convivência com familiares (primos), início da trajetória escolar.</i>

Ao se analisar o grupo etário mais jovem, algumas características comuns a esse grupo se destacam de algumas características do primeiro grupo etário. A começar, nenhum dos três entrevistados iniciou suas respectivas trajetórias profissionais na infância, seja por necessidade familiar, seja pela condição de pobreza extrema, como no caso dos dois primeiros entrevistados. Em comum ao grupo etário mais jovem, o fato de serem oriundos de famílias de pais separados. A mãe de Dante chegou a se casar com um policial militar, que veio a falecer quando Dante estava na adolescência.

A infância será o momento da vida que as primeiras expressões da sexualidade vão se manifestar na trajetória dos sujeitos. Os entrevistados relataram que a atração sentida na infância por outros rapazes são consideradas certezas sobre a orientação sexual que viriam a assumir para si mesmos na adolescência.

Olha, foi... que nem eu falo pros meu amigos, né, eu sempre, acho, que já nasci, realmente, já sabia desde criança que minha atração, não sentia por mulheres. (Carlos, 20 anos)

Então, é, eu lembro que quando eu tava ainda na creche ainda, na escolinha, eu lembro dessas fases de brincadeiras com meninos, brincadeiras que você tem quando criança, de toque, de conhecer o corpo e tal. Então essas brincadeiras sempre foram com os meninos, nunca foram com as meninas. Coisas que eu ouço falar, de hetero, que eles brincavam com as meninas, até as vezes com os meninos, o meu era sempre com os meninos, eu sempre gostei dessas brincadeiras com os meninos, então, essa minha sexualidade foi formada, não formada mas foi despertada muito cedo, minha sexualidade. (Dante, 26 anos)

Assim, eu sempre senti uma atração. Mas, a gente sempre fica com aquele pé atrás, será que é isso que eu quero.... Assim, a gente nunca acha que isso vai acontecer coma gente, né? (Eduardo, 18 anos)

A infância é marcada como o período do despertar das primeiras sensações erotizadas. Essas sensações, resguardadas em segredo pelos entrevistados, vão se manifestar em espaços e em interações sociais que pertencem à dimensão pública. Nesse sentido, os entrevistados

referem-se a um espaço que, em suas trajetórias, no período da adolescência, se tornara o lócus da manifestação, expressão e vivência da sexualidade: a noite, ou seja, o circuito de bares, boates e espaços dedicados à socialização de gays e lésbicas, e que vai se tornar uma figuração central para esses entrevistados no processo de *coming out*, ou seja, do sair do armário, e o reconhecimento para si quanto a própria homossexualidade.

<i>Entrevistado</i>	<i>Adolescência</i>
Carlos	Retorno para BH, início da atividade sexual, início da vida profissional.
Dante	Seminário Católico, início da vida profissional, bares e boates gays (noite).
Eduardo	Início da atividade sexual, prática religiosa (igreja evangélica), bares e boates gays (noite).

Três experiências são marcantes para os entrevistados no período da adolescência: o início da trajetória profissional, as primeiras incursões religiosas e as primeiras sociabilidades com outros homossexuais.

Para Carlos, as trocas de experiências com outros amigos, também homossexuais, foi o aprendizado sobre a vivência da homossexualidade e as questões decorrentes do reconhecimento, para si, enquanto homossexual. Ele compartilhava a intimidade com amigos, que se tornaram íntimos e que conheceu na internet. A internet também mediava o contato de Carlos com seus parceiros sexuais.

Para Dante, a descoberta da homossexualidade pela mãe, a partir do envolvimento dele com um colega de escola, foi uma passagem de um aspecto da vida referente à esfera privada, resguardado sob segredo, para se tornar pública. Esse conflito desencadeou na incursão de Dante em um seminário católico, mas que, devido aos conflitos com a própria sexualidade, abandonou.

... eu queria me libertar de tudo o que me prendia, por eu ser quem eu sou. E a religião me prendia ser quem eu sou. (Dante, 26 anos)

A incursão de Dante na vida profissional foi outro elemento desencadeador da passagem da expressão da sexualidade em uma dimensão pública. Como colocado na sua apresentação biográfica, a partir do seu primeiro trabalho, na biblioteca de uma universidade,

Dante passou a frequentar um ambiente mais liberal e aberto para que assumisse a própria homossexualidade.

... pra mim foi um momento libertador, de achar que o mundo era festa, a sensação que eu tinha era que eu era livre, que eu podia fazer o que eu queria. (Dante, 26 anos)

Assim como para Anaximandro, que também viu na liberalidade dos costumes dos franceses, quando esteve ali em missão eclesiástica, condição para se aceitar e tornar pública a própria homossexualidade, foi a partir da convivência com o ambiente universitário que Dante viu a possibilidade de se expressar sexualmente com outros homens. A noite surge, então, como cenário onde essas sociabilidades vão se desenvolver, onde os embates e a expressão mais livre da sexualidade encontra lugar sem coerção. É no ambiente público da noite, das boates, que Dante vai construir a si mesmo como homossexual.

Para Eduardo, a experiência religiosa foi conduzida por meio de uma irmã mais velha, que fora responsável pelo seu cuidado quando criança. Sua homossexualidade foi assumida na adolescência, a partir do seu envolvimento com colegas de escola.

mas as minhas primeiras sensações como gay, que eu me lembro mesmo foi a partir dos 14 anos, 13, que eu comecei a sentir atração. (Eduardo, 18 anos)

O irmão de Carlos, que também é homossexual, foi um dos mediadores do processo de aceitação e reconhecimento da própria homossexualidade, chegando a acompanhá-lo, ainda menor de idade, no circuito da noite. A adolescência vai ser marcada como o período da vida onde os entrevistados mais jovens reconheceram a si mesmo como homossexuais, e quando tiveram suas primeiras experiências sexuais, ainda que, na entrevista, afirmem saber dos seus desejos eróticos quando criança. Assumir-se gay, ainda que para si e para algumas poucas pessoas, é um processo mediado por outros agentes, geralmente homossexuais, cujas práticas ocorrem nas dimensões públicas: igreja, escola e a noite, principalmente.

6.2 Homossexuais soropositivos e soropositivos homossexuais

A relação entre o público e o privado, tratada nesta seção, nem sempre se consolidou como polos opostos e inegociáveis. Os sujeitos lidam com a relação entre essas duas dimensões em contextos distintos. No entanto, as histórias individuais não são desconectadas

de um contexto social mais amplo e à própria história coletiva da homossexualidade no Brasil. Discorreremos sobre essas questões a seguir.

A década de 80 ficou marcada como o período das primeiras aparições da homossexualidade, no Brasil, na esfera pública. A conjuntura política favorável, dado o processo de redemocratização que o país passou após um período de duas décadas de ditadura militar, e o surgimento do ativismo político gay desde o final da década de 70 (Dehesa, 2010), criou um ambiente político favorável à homossexualidade, criando oportunidade para suas manifestações, dos mais variados modos, na cena pública.

Ativistas, grupos políticos, livros, teses acadêmicas, leis municipais, diversas manifestações artísticas entre outras expressavam novas e diferenciadas representações da homossexualidade masculina, colocando à luz diferentes estilos de vida, outros modos de ser homossexual, inclusive como consumidor (TERTO JR., 1996b)

É nesse momento, no início da epidemia de aids no Brasil, que espaços de encontro e sociabilidade para gays e lésbicas emergiram, em contraponto aos espaços sociais tradicionalmente clandestinos, como cinemas, parques e pontos de encontro para sexo anônimo.

A aids chega ao Brasil em um período de grandes mudanças sociais. As experiências com o HIV alcançaram a dimensão pública no esforço de politizar os problemas suscitados pela epidemia, como a discriminação sofrida pelos doentes. Importante salientar que essa configuração pública das experiências de doença com o HIV vai ser uma característica dos países industrializados e em desenvolvimento, como o caso brasileiro, diferentemente de lugares, mais pobres, onde a epidemia é um grande problema social. Segundo Herzlich,

Nos países pobres, a Aids é agora uma vasta pandemia pondo em risco não apenas vidas, mas também o desenvolvimento econômico e a coesão social. Lá as vozes dos pacientes dificilmente são ouvidas. Em países ricos, a mobilização em torno da Aids, depois que os tratamentos se tornaram eficazes, diminuíram. O paciente não mais está no centro do palco. (HERZLICH, 2004)

A soropositividade é um dos elementos que faz parte da vida dos homossexuais masculinos, seja no plano individual, por meio da experiência direta, ou no plano coletivo, uma vez que é um elemento que faz parte da própria história da homossexualidade nos países ocidentais. Ainda que, com a cronificação da doença, a soropositividade venha sendo relegada ao silêncio e ao segredo, a aids rompe com esses elementos na medida que ela é possibilidade para muitos homens gays. No plano coletivo, é o que Terto Jr. (1996b) se refere à convivência com a epidemia que, segundo o autor, interfere diretamente na relação construída com a soropositividade:

Esta longa convivência com a epidemia, suas representações, estigmas, dor e luto, pode facilitar uma convivência com a soropositividade, já que a história individual dos soropositivos homossexuais se insere em uma história coletiva mais ampla. (TERTO JR., 1996b)

Assim, o movimento entre o individual e o coletivo, bem como entre o privado e o público, são elementos que produzem e reproduzem as experiências de doença para homossexuais masculinos, de modo processual e dinâmico. Esse movimento não está descolado das trajetórias individuais, nem da história coletiva. Essas experiências são políticas na medida que são produzidas através de políticas de tratamento, mas que vão ter seus efeitos numa mudança da forma como os sujeitos enxergam a si mesmo (biografia interrompida), e como se enxergam enquanto homens gays que vivem com HIV. A mudança sobre a soropositividade será discutida no próximo capítulo.

7. APRENDENDO A CONVIVER COM O HIV – SOROPOSITIVIDADES CONTEMPORÂNEAS

No nosso trabalho, para fins de análise, problematizamos a relação dos indivíduos com o HIV por meio do percurso na política de cuidado, no intuito de compreender como a realidade daqueles sujeitos, a partir da condição diagnóstica, é construída. Ao fazermos uso do conceito de carreira moral relacionado ao HIV, objetivamos compreender as transformações nas subjetividades a partir das experiências dos sujeitos em cada etapa dessa carreira: realização do teste, vinculação nos serviços de saúde e tratamento com a TARV. A partir desse esquema analítico, consideramos ser possível responder nossa pergunta de pesquisa, sobre a construção da soropositividade para homossexuais masculinos.

Do mesmo modo que é possível dizermos a respeito de homossexualidades, ou seja, modos distintos, complexos e variados de vivência da orientação e identidade sexual, podemos também dizer a respeito de soropositividades, ou experiências distintas, complexas e variadas com o HIV. Entretanto, o conceito de soropositividade empregado neste trabalho está, necessariamente, relacionado à inserção dos sujeitos às políticas de cuidado; sendo assim, as experiências que estamos tratando são sociais e políticas. Consideramos que há formas distintas de se construir soropositividades, a partir de experiências de diferentes tipos. Entretanto, neste trabalho, estamos tratando especificamente das experiências de sujeitos em tratamento, ou seja, vinculados a instituições de saúde. A pesquisa tratou a respeito de um conjunto bastante definido de pessoas que, por sua vez, se desdobrou em tipos específicos de experiências. Entretanto, que experiências são essas?

Como colocado na introdução dessa dissertação, a noção de experiência, utilizada para se referir à categoria analítica soropositividade, em contraponto à noção de representação, supera a dicotomia entre corpo e cultura. As representações, muitas vezes priorizadas nos estudos sobre saúde e doença em detrimento das práticas, segundo Alves e Rabelo (1999), estão amparadas em uma noção cartesiana e dual entre mente e corpo. Conforme os autores, *“é a vigência dessa dualidade nas Ciências Sociais que explica a prioridade conferida em boa parte das teorias a linguagem, cognição ou representação, enquanto associados ao domínio do mental”* (1999).

Assim, o enfoque exclusivo sobre as representações, do tipo as representações do HIV/aids para homossexuais, desconsidera a dimensão da prática, do fazer e do agir, sobre o

qual se explica os percursos dos sujeitos com o HIV; ela não nos ajuda a compreender, por exemplo, os processos que conduzem à realização da testagem, nem as estratégias utilizadas pelos sujeitos para suporte, após o baque inicial revelado pelo diagnóstico positivo, e a assimilação da condição diagnóstica. Estamos tratando de transformações subjetivas, mas que partem de uma ação dos indivíduos no mundo social. A quem recorrem, por que recorrem, como recorrem? Quais são os sujeitos que intermediam o processo de construção da realidade com HIV e como eles atuam nesse processo? Consideramos que a noção de representação não responde essas perguntas, tampouco dá conta de responder a questão dessa dissertação. Consideramos que não se trata de trabalhar meramente com a ideia de representação ou de prática, mas com experiência, que se trata do cruzamento entre essas duas dimensões; é nesse sentido que podemos dizer sobre uma carreira moral do HIV, tal qual utilizado por Goffman (1974). Entretanto, ao se fazer uso da noção de experiência como superação da dualidade entre mente e corpo, cultura e individualidade, há que se considerar que, na nossa análise, privilegiamos o domínio da prática por meio da corporeidade. Tal empreendimento ocorre na medida em que o corpo, enquanto decorrente do plano objetivo, é tido como “fundamento da nossa inserção no mundo”; dito de outra forma, o corpo é considerado condição e possibilidade para a prática, como meio de se situar em um mundo cercado por objetos, ou seja, um mundo concreto.

Deste modo, ao se fazer uso da noção de experiência, considera-se que o corpo é condição e possibilidade para que as coisas se convertam em meios ou objetos – corpo como dimensão do próprio ser (Alves e Rabelo, 1999). A inserção no mundo da cultura, segundo os autores, antecede qualquer atitude reflexiva que constitui o mundo como um conjunto de representações acerca dos objetos, porque o estar no mundo enquanto corpo implica reconhecê-lo como povoado de objetos e possibilidade de se relacionar com esses; assim, a inserção no mundo é antecedida por qualquer atitude reflexiva que constitui o próprio mundo como um conjunto de coisas, e a cultura como as representações acerca dessas coisas. Segundo os autores,

Trata-se de considerar que o modo como os indivíduos vivenciam a aflição expressa uma síntese (pré-reflexiva) entre corpo e cultura que se dá anterior a qualquer representação sobre a doença, e que muitas vezes confronta o sujeito do sofrimento como algo inesperado, ocorrido sem interferência de sua vontade ou entendimento. (ALVES E RABELO, 1999)

A experiência se constitui através da relação dos sujeitos com a realidade e conduz ao desenvolvimento de um modo de posicionar-se em relação ao elemento novo, que se trata da infecção pelo HIV. O corpo, enquanto instrumento, torna a experiência objetiva e, por sua

vez, a experiência é mediada pelo corpo. Ou seja, estamos tratando de processos de subjetivação que conduzem a relação dos sujeitos com a doença a partir de experiências socialmente construídas. E esse processo não é somente relacional, é localizado socialmente (nas instituições de saúde, como hospitais, laboratórios, farmácias, etc). Sua materialidade se expressa no corpo, nos efeitos colaterais da medicação, nos resultados dos exames, na quantificação molecular resultante do acompanhamento do tratamento: contagem de CD4, CD8 e carga viral; sua materialidade se expressa no rito de tomar a medicação diariamente e, na dependência desse ritual, garantir a estabilidade da infecção e da reprodução viral, visando alcançar a “carga viral zerada” e, deste modo, o sucesso no tratamento. A materialidade da doença, analisada em outros contextos sociais e políticos, como na África do Sul (Fassin, 2007), cujas experiências são permeadas pela dimensão física, por meio da dor, da autonomia limitada do indivíduo e da morbidade do corpo, que intermedia a relação com o mundo social²⁶.

A ruptura da realidade, como descrito pelos entrevistados, diz respeito ao rompimento do caráter dado e pressuposto do cotidiano. A partir dessa ruptura os sujeitos iniciam o processo de aprendizado sobre conviver com o vírus, no sentido de se tornar uma pessoa vivendo com HIV, categoria política que busca romper com qualquer posição discriminatória e estigmatizada, como a categoria aidético. O aprendizado sobre tornar-se um homem gay vivendo com HIV/aids conduz à normalização da vida com HIV após o momento inicial, o momento de ruptura, tanto de si quanto da realidade, dado pelo diagnóstico positivo; rompe-se a realidade para, a partir de então, reconstruí-la. Como essa nova realidade é construída? Antes de discutirmos os aspectos tangenciais que conduziram os sujeitos de pesquisa em seus processos, cabe uma discussão acerca do processo de construção do cotidiano na Sociologia.

7.1 A Construção Social da Realidade com HIV

A realidade construída a partir do diagnóstico positivo constitui-se em modos de experiências, aprendizado e convivência com o vírus: estamos tratando de uma realidade

²⁶ Esses argumentos foram levantados por Fassin ao analisar o caso da aids na África do Sul. Mesmo também se tratando de um país em desenvolvimento, como o Brasil, a aids é um grave problema nacional para aquele país africano e muitos aspectos da doença e da epidemia tratada pelo autor não apresenta muita semelhança com o problema da aids no Brasil atualmente; entretanto, seus argumentos sobre a materialidade da doença nos ajuda a compreender os aspectos concretos que, salvo as diferenças entre os dois contextos, interferem no modo como os indivíduos lidam com a aids. Para ver mais, Fassin, 2007.

cotidiana que, uma vez rompida, é reconstruída com o HIV presente. E, ao trabalharmos com a ideia de realidade, no sentido de se entender a realidade que se rompe a partir da infecção, o cotidiano se apresenta como campo privilegiado de análise. E, nesse sentido, segundo Berger e Luckmann (2013), nosso material de análise se refere ao conhecimento que dirige a conduta das pessoas na vida diária. Ao falarmos sobre cotidiano, em termos sociológicos, estamos tratando segundo a noção definida pelos autores nos seguintes termos:

A vida cotidiana apresenta-se como uma realidade interpretada pelos homens e subjetivamente dotada de sentido para eles na medida em que forma um mundo coerente. (BERGER E LUCKMANN, 2013)

Dentro de uma perspectiva fenomenológica, ou seja, a mesma trabalhada pelos autores, caberia à Sociologia se debruçar sobre os fundamentos do conhecimento da vida cotidiana, as objetivações dos processos subjetivos em que são construídos um mundo intersubjetivo do senso comum (2013). Mas do que se trata essa intersubjetividade?

A intersubjetividade, segundo Alves e Rabelo (1999), é um dos elementos que constituem as experiências dos sujeitos, junto com a corporeidade. Segundo Schutz (2012), a intersubjetividade se trata da “categoria ontológica fundamental da existência humana”, condição para qualquer experiência humana imediata no mundo da vida, ou seja, no mundo das relações sociais. Dentro dessa perspectiva, a conduta cotidiana no mundo da vida toma como base que os indivíduos agem conforme o *estoque de conhecimento*, ou seja, os meios através dos quais os indivíduos orientam suas condutas em situações diferentes e adquiridas ao longo do percurso biográfico. Os indivíduos partilham de um mundo familiar com outros e agem neste mundo a partir de uma *atitude natural*, na qual se considera que os objetos existem independentemente da vontade própria. A atitude natural refere-se a postura adotada pelos sujeitos diante dos fatos objetivos, que se referem às condições para a ação, ou seja, tem um sentido estritamente pragmático e utilitarista. Assim, a confirmação do diagnóstico de uma doença incurável representa o rompimento das pressuposições que orientam as condutas dos sujeitos no cotidiano. Em parte, devido às representações sobre a aids que, mesmo em contexto de terapia antirretroviral, associa a infecção à mortalidade, sobretudo para os entrevistados mais jovens:

Que a visão que a gente tem quando a gente não tem conhecimento são visões erradas, né, visão totalmente diferente, né, visão preconceituosa em questão. (Carlos, 18 anos)

Passa tudo dentro da sua cabeça, você acha que você vai morrer, por mais que você tenha informações, hoje eu falo que HIV é muito mais uma doença psicológica do que física. Que ela mexe com sua estrutura emocional. Você acha que você nunca mais vai encontrar

ninguém, que ninguém vai te querer, que você vai ter que viver isolado do mundo e tal. Então, aquilo tudo naquele dia foi isso que vinha na minha cabeça. (Dante, 26 anos)

As experiências, constituídas em processos de subjetivação, se conformam basicamente por meio de dois elementos: primeiramente pelo contato direto, ou seja, a partir do diagnóstico positivo para HIV. Nesse sentido, o conhecimento prévio e as representações sobre a aids também são elementos da experiência. Em segundo lugar, as experiências com HIV tomam forma quando os sujeitos se inserem nas políticas de cuidado²⁷.

A realidade da vida cotidiana demanda um ordenamento que faz uso da linguagem para formar um mundo coerente, e atribui sentido na medida em que os indivíduos conseguem interpretar essa realidade. O processo de aprendizado se torna objetivo uma vez que se apreende os novos elementos no plano discursivo. É a linguagem que vai dar coerência à realidade construída pelos indivíduos. É o aprendizado de nomes de origem biomédica, de novos medicamentos e novos termos que os sujeitos passam a organizar a realidade e a enxergar a si próprios. E, também, o apoio buscado no momento da ruptura provocada pelo diagnóstico positivo se constitui no elemento relacional que conduz os sujeitos à construção dessa realidade. O diferencial, sobretudo para o grupo etário mais jovem, é que o interlocutor desse processo não é, necessariamente, o profissional de medicina que vai acompanhar o tratamento. O interlocutor, tanto individual (como no caso de Dante) quanto coletivo (como no caso de Eduardo) vai ser aquele, ou aqueles, que compartilham das mesmas experiências que os sujeitos, e que pelo contato direto possuem a autoridade da experiência a respeito das questões que o HIV traz para os sujeitos.

... Então pra mim o J., naquele momento, por mais que eu contei pra minha mãe, que ela tava me dando toda uma estrutura, ela super me acompanhando, mas naquele momento era só o J. que me entendia. Então o J. começou a ser central na minha vida, porque era só ele que sabia das minhas dores, das minhas ansiedades, minhas sensações, por ele ter vivido, né? Então tudo que eu tinha que falar, todos os meus medos eu contava era pra ele. (Dante, 26 anos)

É nesse sentido que concebemos a soropositividade como um fenômeno construído de modo relacional, cujo princípio básico está amparado na solidariedade (Terto Jr., 1996b). Os efeitos dessa dinâmica serão analisados adiante.

7.2 A Positividade da Soropositividade

²⁷ Políticas de cuidado, nesse sentido, referem-se aos processos de monitoramento clínico contínuo pelo DDAHV.

A experiência da soropositividade é concebida em espaços sociais e envolve sujeitos e instituições. A carreira moral do HIV, percorrida pelos indivíduos a partir da revelação do diagnóstico positivo, implicou em transformações graduais que conduziram a um exercício de reelaboração de si. E as experiências vão além de uma mudança nos hábitos e nos costumes – elas conduzem a uma nova postura perante a vida, como veremos adiante.

A experiência do rompimento, como ponto de partida da revelação do diagnóstico, envolve uma dimensão dramática, cujo exercício fora desencadeado pela necessidade de assimilar e construir uma nova realidade. Em parte, pelo fato de se tratar de uma doença crônica, na qual os sujeitos terão que lidar por tempo indeterminado. O rearranjo a partir do cuidado não implica somente uma mudança no cotidiano: implica, também, se submeter a políticas institucionais e, nesse sentido, se tornarem doentes exemplares. É na condição de doentes exemplares, ou seja, que aderem ao tratamento a partir do monitoramento da condição clínica, que se orientam pelas prescrições médicas, que os sujeitos se posicionam em condições de serem objetos de intervenção do Estado.

Antes de adentrarmos nessa discussão, importante considerarmos como o rompimento provoca essa mudança de postura perante a realidade. Fassin (2007), ao analisar o contexto sul-africano, comparou a experiência com o HIV a uma *regeneração moral*. Importante salientar a diferença de contextos da epidemia, tanto o analisado pelo autor, quanto o analisado nessa dissertação. Mesmo em conjunturas não idênticas, os efeitos são semelhantes.

O rompimento significa, entretanto, mais que simplesmente olhar para o sofrimento e a morte. Tendo, precisamente, esse resultado, uma vida diferente está de fato começando, concebida como uma vida nova em seu sentido mais profundo. A existência de uma pessoa que vive com aids é fundamentada em uma série de novos valores: verdade, fidelidade, dignidade, respeito e solidariedade. (FASSIN, 2007, [tradução nossa])

Os valores emergentes da condição de soropositividade, a partir da transformação individual, possuem como fundamento um movimento coletivo. O discurso de mudança é expresso, segundo Fassin (2007), em uma revolução moral que, em última análise, trabalhamos com a hipótese de estar fundamentada em elementos religiosos e políticos, tal qual argumentado pelo autor. De fato, existe uma correlação entre práticas religiosas e valores morais, de modo que a experiência da soropositividade se compara à experiência de uma conversão. Não obstante, algumas das trajetórias individuais analisadas tiveram um impacto profundo de experiências religiosas que delinearão o percurso de vida. Não é o caso de comparação estrita com a experiência religiosa, mas sim de identificar seu correlato.

A política do cuidado implica, também, uma transformação individual, considerada em uma perspectiva mais ampla. Isso denota que, ao trabalharmos com a noção de cuidado, estamos indo além da sua dimensão institucional, e consideramos o cuidado como uma ética de vida. O que está em questão é uma tecnologia do poder e seu efeito individualizante. As manifestações da sujeição a esse poder se apresentam na medida em que a soropositividade se constitui mediante a sujeição à política de cuidado. Nesse sentido há uma relação de biopolítica que se manifesta na carreira moral no nível individual²⁸. Todavia, as políticas públicas de HIV/aids definem sujeitos e os sujeitos também definem a si próprios a partir dos parâmetros estabelecidos institucionalmente. O privado não consiste somente em uma dimensão da doença, que ora transita pela dimensão pública; o privado é, também, objeto de intervenção do Estado.

A mudança de postura perante a vida, que conduz a uma ética da disciplina como efeito do processo desencadeado pela soropositividade, apareceu de modo muito explícito nas falas dos entrevistados. Em comum a todos eles, independentemente do grupo etário, a vida com HIV considerada como algo positivo, desencadeado pelas mudanças das condutas individuais. A soropositividade possui, deste modo, um sentido de reencontro de si através do cuidado, tanto do corpo quanto das práticas. O aprendizado de se viver com HIV levou os entrevistados a internalizar valores que conduziram a uma nova postura perante a vida.

Isso tudo significa que o que poderia simplesmente aparecer como boas intenções do paciente quando descobrem a doença assume um significado social muito mais importante devido à dupla ideologia, religiosa, bem como política. Isto é, se podemos colocar desta forma, uma atmosfera de regeneração moral na qual os atores estão se submetendo quando estão inventando a nova vida, e decisões individuais ostensivamente aderem ao mainstream. (Fassin, 2007, [Tradução nossa])

Os sentidos atribuídos à regeneração moral desencadeada pelo HIV são direcionados à continuidade da vida, numa ideia de normalização após o rompimento, como descritos a seguir.

Entrevistado	Sentidos da Soropositividade
Anaximandro	Disciplina;
Benjamim Portela	Independência, cuidado;
Carlos	Valorização de si, cuidado
Dante	Disciplina, cuidado;
Eduardo	Disciplina;

²⁸ A respeito da biopolítica, ver capítulo 2.

Como demonstrado na fala dos entrevistados:

Só isso, acho que nos disciplina [o HIV] nosso atuar no mundo, né? (Anaximandro, 50 anos)

Ele [o HIV] trouxe minha independência, trouxe a minha casa, porque assim, talvez, porque quando eu descobri que eu tava com HIV, eu falei assim, eu tenho que guardar um dinheiro, eu tenho que comprar uma casa pra mim, tenho que comprar um lote pra mim. Porque, naquela época, que as pessoas descobriam que estavam com HIV, enquanto estou bem de saúde, então tenho que trabalhar e conseguir alguma coisa. (...) Então, assim, teve os momentos difíceis? Teve, mas, independente das pessoas não ter HIV, elas tem os momentos difíceis também. Então, não foi uma coisa assim, de falar assim, ah, e aí agora? E outra coisa, quando você assume pra você mesmo que você é, você ganha mais respeito das pessoas, né? Não por uma questão de dó, porque a pior coisa que tem é as pessoas te olharem com dó, é olhar pra você com sinceridade e ter respeito por você. E acho que isso foi uma coisa assim, que eu consegui. Consegui. Por mais que tudo, né, eu falo assim, teve amigos meus que não conseguiram, né, teve amigos meus que são portadores do HIV, teve doença, teve coisa e tal, mora com pai e mãe e não vive, a vida. Eu sou uma pessoa livre, né, quer dizer, eu estou aposentado, mas se eu quiser dizer, ah, vou fechar a minha casa e vou embora pra São Paulo, vou pra São Paulo, vou viajar e quero morar no Amazonas, eu vou morar no Amazonas. Se eu quiser voltar, a minha casa vai estar lá. Caindo aos pedaços ou não, bonita ou não, meu canto vai estar lá, dali ninguém vai, é meu, então assim, e com isso, né, eu consegui o respeito de muita gente, né, não só porque assim, as pessoas vão ter dó de mim, eu fiz com que as pessoas me respeitassem. (...) E, com isso, você acaba dosando mais as coisas; e se você me perguntar, você se sente, você queria ter pegado? Não, não queria ter pegado o HIV. Mas você se sente arrependido? Não. Você se sente culpado? Não. A pessoa que passou pra você? Não. Por que você pegou? Estava tentando ser feliz. Você encontrou a felicidade? Não. Quem é o culpado? Não tem culpado. Não tem, não existe culpado... Mas o outro sabia... Será que ele sabia? Será que na hora ali, que ele sabia, eu não estava sendo um porto seguro pra ele? Tive a infelicidade, ou a felicidade, de pegar, que nem, quando eu volto lá no começo, com o cara, eu não abracei com ele? Eu não tinha nada, eu tava bonito, tava com quantos anos? Tava com 26 anos, todo bonitão, todo sarado, todo gostoso, bombando, e eu não tentei pegar o outro ali e dar colo, mesmo sabendo que ele tava doente? (Benjamim Portela, 49 anos)

As mudanças nas posturas individuais possuem um sentido bastante pragmático para os dois entrevistados; estão relacionadas às incertezas que exigem uma tomada de decisão sobre questões práticas – onde morar, como cuidar, como tratar, mas, também, relacionais e subjetivas – o que o outro vai pensar sobre ele, como o olhar do outro (sendo esse outro não especificado) o atinge. Apontamentos semelhantes foram identificados entre os entrevistados mais jovens:

E você começa ver esse novo mundo, né? Porque querendo ou não, é um novo mundo, uma nova forma que você vai ter que viver. E você começa a dar valor a sua vida, não é, porque que nem eu falei com ela [sua médica], antes, eu não valorizava a minha vida igual dou valor hoje. Antes eu pensava assim, ah, se eu morrer amanhã faz um dia, hoje em dia não, cada dia pra mim já é um dia de vitória, um dia que to vivo, um dia que to bem. Porque eu sei tem algo dentro de mim, né, porque se eu bobear vai me destruir todo, então por isso eu não vou permitir que isso aconteça (...) Eu imaginei um mundo de tristeza, sofrimento, né, em questão de exclusão (...) Mas quando eu fui conhecendo o mundo, vi que era totalmente diferente. Apesar de ter no momento não ter saído desse mundo, mas você aprende a se adaptar a ele, né? E você aprende a viver nele. (Carlos, 18 anos)

Rafael, hoje pra mim ser soropositivo mudou muita coisa na minha vida (...) No sentido de, depois que eu descobri que era soropositivo, eu cresci na empresa, tenho uma experiência com minha mãe muito melhor do que eu tinha, sabe, hoje eu curto a minha família, eu e minha mãe a gente conversa sobre, eu consigo conversar com a minha mãe sobre a minha sexualidade, coisas que, por exemplo, eu não conseguia conversar, a gente criou essa proximidade por causa da, por causa desse diagnóstico, então a gente começou a ter uma relação através disso, novamente (...). Então por mais que eu, por exemplo, comecei uma faculdade antes de descobrir que era soropositivo, mas continuei, hoje eu estou fazendo uma outra faculdade, sabe, então depois disso eu comecei a estabelecer metas para a minha vida, são coisas que um dia eu quero fazer, sabe, na minha vida e talvez se eu não tivesse descoberto que sou soropositivo, talvez eu taria vivendo uma vida igual eu vivia antes, sem meta, meio que deixando a vida me levar, assim. Então, a experiência de ser HIV hoje, é lógico eu não queria ter, acho que ninguém queria ter, mas é, acho que quando você aprende a conviver com ela ,não sei, ela pode te auxiliar em muitas coisas, ate mesmo cuidar da sua saúde, por exemplo, eu fiquei um ano sem fumar, voltei a fumar, não sei porque, e é uma coisa que, não sei, toda vez que vou ao médico, que eu falo que eu fumo é incentivo que eu tenho pra parar de fumar, eu tenho que parar de fumar, tenho que parar de ser dependente do cigarro e tal. É, de, por exemplo, de fazer um exercício físico, pelo menos, eu faço caminhada três vezes por semana, então, é, cuidar mais da minha saúde, com alimentação e tal, essa coisa da noite, sabe, de não perder noite de sono igual... Vou ainda, vou, mas não com tanta frequência, é, relacionamento, não saio me relacionando com qualquer pessoa assim... Então, pra mim, ser soropositivo hoje não é algo que me entristece.(Dante, 26 anos)

O discurso de Dante se assemelha em alguns pontos ao discurso de Benjamim, principalmente ao afirmar que, apesar dos efeitos positivos da experiência com o HIV, infectar-se não foi algo que partiu da vontade própria. Entretanto, os discursos dos entrevistados mais jovens estabelecem como parâmetro as práticas antes do HIV, e ressalta como a infecção alterou seus valores.

Hoje é super tranquila [a relação com o HIV]. Eu levo numa boa, pra mim é normal, tudo que eu fazia na minha vida antes eu faço hoje, não tem restrição nenhuma. Saio, viajo, curto. Claro que tenho as minhas restrições, se tiver de beber eu bebo pouco, uma alimentação mais saudável, claro.(...) eu tinha uma alimentação muito doída. Comia qualquer coisa, deixava de almoçar pra comer na rua, comia besteira, sanduiche na rua, deixava de jantar em casa pra comer na rua. Hoje não, já faço as minhas refeições praticamente todas em casa, opto por frutas, verduras, legumes, coisas que não gostava antes, pra ter uma vida mais saudável mesmo, pelo fato da soropositividade. (Eduardo, 20 anos)

Os efeitos da soropositividade, para Eduardo, estão relacionados a uma disciplina do corpo a partir da mudança nos hábitos, ao fazer adaptações às escolhas práticas para alternativas que considera ser mais saudáveis, no sentido de estabelecer a normalização da vida após o HIV.

Essas mudanças se sustentam, em parte, pelas condições do HIV/aids como uma doença crônica, uma vez que há um horizonte a ser deslumbrado de possibilidades de vida com a doença. É porque há condições de tratamento que se vislumbra possibilidades, novos elementos, nos quais novos valores são incorporados nas condutas cotidianas. Ademais, se

tratando de um efeito das relações de poder, a soropositividade é intermediada em espaços sociais e políticos.

Estamos tratando de relações de poder cuja origem se localiza nas estruturas institucionais que definem políticas e que, por sua vez, definem sujeitos. É nesse sentido que consideramos que a soropositividade é desenvolvida com base na inserção individual nas políticas de cuidado, através de práticas clínicas institucionais que, uma vez internalizada pelos agentes, conduz a uma postura de readequação e sujeição ao cuidado, novamente, aqui compreendido em uma perspectiva mais ampla. Entretanto, esse processo, como observado nas entrevistas, tem finalidade bastante pragmática; ele visa o restabelecimento das condutas a fim de alcançar objetivos práticos, cotidianos e específicos. Deste modo, a soropositividade é relacional, uma vez que é desenvolvida com base nas relações que os sujeitos estabelecem com agentes individuais e coletivos; ela transita entre o domínio privado e o espaço público, onde os atores lidam, a todo o momento, com a dicotomia entre ser homossexuais soropositivos e soropositivos homossexuais, negociando os modos como se apresentam segundo o contexto em que estão inseridos. A soropositividade é efeito de relações de poder, que se centra no Estado como regulador e definidor das políticas que vão ter um alcance social e individual a partir de práticas clínicas e terapêuticas. Conforme Valle,

De modo similar, as práticas e tecnologias biomédicas não são limitadas a definir doenças, sua etiologia, diagnóstico e tratamento. Sua positividade é também aparente num processo contínuo, reafirmador de inserção individual, às vezes coletiva, nas práticas clínicas institucionais, através das quais sua força dominante, seu poder em outras locações e outras áreas da vida são disseminados. O hospital, a clínica ou o centro de testagem são basicamente espaços institucionais que operam como focos para processos mais abrangentes de medicalização e subjetivação, que podem ser reproduzidos em outros contextos, tais como em casa, na escola e áreas de vizinhança. Todos esses espaços sociais e institucionais estão normalmente conectados por uma rede de efeitos sociais e culturais na vida das pessoas. (VALLE, 2010b)

Assim, nosso recorte empírico se trata de sujeitos em tratamento para HIV, que implica considerarmos que a discussão a respeito da soropositividade analisada está atrelada, necessariamente, às políticas de cuidado. É mediante o cuidado que se produz carreira, na qual os sujeitos se tornam empreendedores morais (Becker, 2008), uma vez que, nesse processo, produzem visões de mundo reais e realidades que, também, os definem.

CONCLUSÃO

Na nossa pesquisa, concebemos a soropositividade como fenômeno social, sendo nosso interesse de investigação a sua construção para homossexuais masculinos no contexto de cronificação da doença. Nossa pesquisa se debruçou sobre sujeitos vinculados a instituições de saúde e em tratamento com a TARV. Analisamos, através de entrevistas semi estruturadas com cinco homens soropositivos que se afirmam como homossexuais, seus percursos com o HIV, a partir do conceito de carreira moral desenvolvido pelo sociólogo E. Goffman. O percurso analisado foi estruturado em três fases: realização do teste anti-HIV, vinculação nos serviços de saúde e terapia antirretroviral. O conceito de carreira moral foi uma ferramenta analítica importante para compreendermos o percurso dos sujeitos com o HIV, uma vez que nos permitiu observar as mudanças provocadas nos indivíduos em cada fase, e transitar do domínio privado para o público; nosso problema foi concebido, então, na perspectiva de uma trajetória percorrida com o HIV. Ademais, a relação entre o público e o privado se revelou duas categorias de análise importantes, que relacionavam tanto as trajetórias biográficas quanto a relação com o vírus.

A problematização das experiências com o HIV foi fundamental para uma compreensão mais detalhada sobre a soropositividade no contexto brasileiro, relacionada às experiências de homossexuais masculinos. Nesse sentido, problematizamos os significados da categoria homossexualidade na literatura sociológica, de modo a justificar o motivo de não trabalharmos com a categoria epidemiológica homens que fazem sexo com homens (HSH).

Constatamos que a soropositividade se constitui a partir do processo de inserção dos sujeitos nas políticas de cuidado contínuo. Nesse sentido, concebemos que a inserção nessas políticas é condição para a construção desse processo, desenvolvido a partir da experiência de rompimento. Assim, a relação médico-paciente, explorada na literatura como um dos principais significantes do processo de conformação da soropositividade para homossexuais masculinos, não demonstrou ser o único, nem o mais importante significante dessa relação. Na nossa pesquisa, vimos que os sujeitos estabelecem relações com outros indivíduos e redes que, em comum, compartilham da experiência de viver com HIV. É nesse sentido que podemos afirmar que as redes de relações estabelecidas pelos sujeitos em condição diagnóstica são fundamentais no processo de aprendizado de uma pessoa com diagnóstico positivo.

Nosso objetivo foi contribuir para uma discussão, em termos sociológicos, a respeito da soropositividade e sobre como ela é elaborada para homossexuais masculinos. Constatamos que a soropositividade se constrói enquanto realidade social que conduz a uma ética de vida pautada na disciplina, de modo a tornar os sujeitos doentes exemplares. O cuidado, entendido tanto no seu aspecto institucional quanto das práticas, é compreendido a partir das relações de poder que envolvem o Estado, por meio das políticas públicas, como a cascata de monitoramento contínuo. É nesse sentido que a soropositividade é um fenômeno social e, também, político.

Discorremos que existem correlações entre homossexualidade e soropositividade, manifestadas a partir da transitividade entre as dimensões públicas e o privadas, fenômeno esse que também fora observado nas trajetórias de vida dos sujeitos de entrevista.

No início do trabalho de campo, a análise das políticas de HIV/aids não foi uma preocupação sobre a qual me debrucei. Entretanto, na medida em que avancei no trabalho de campo, novas questões surgiram, e que demandaram rever alguns aspectos das políticas institucionais, para além das que tratamos. Apesar dos limites desse trabalho, estou seguro que abre possibilidades para explorar futuramente questões que surgiram ao longo da pesquisa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGAMBEN, Giorgio. *Homo Sacer. O poder soberano e a vida nua I*. Tradução de Henrique Burigo. – 2 ed - Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2014.

ALVES, Paulo César; RABELO, Miriam Cristina. Repensando os estudos sobre representações e práticas em saúde/doença. In.: ALVES, P.C; and RABELO, M.C. (Org.). **Antropologia da Saúde: traçando identidade e explorando fronteiras**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; Rio de Janeiro: Editora Relume Dumará, 1998.

BECKER, H. S. **Segredos e Truques de Pesquisa**. Rio de Janeiro: Zahar, 2007.

BECKER, H.S. **Outsiders**. Estudos de Sociologia do desvio. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.

BERGER, P. L.; LUCKMANN, T. **A Construção social da Realidade**. Petrópolis: Vozes, 2013.

BERKMAN et al. **A Critical Analysis of the Brazilian Response to HIV/AIDS: Lessons Learned for Controlling and Mitigating the Epidemic in Developing Countries**. American Journal of Public Health, 95 (7), 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico HIV/AIDS. Ano II-nº1. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico HIV/AIDS. Ano IV-nº1. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Portaria nº 85 (2013, 01 fevereiro). Altera a Portaria nº 616, de 24 de Abril de 2012, que dispõe sobre as normas complementares relativas ao funcionamento e à ordem dos trabalhos das reuniões da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA e dá outras providências. Diário Oficial da União, nº 23, Brasília-DF.

BRASIL. Portaria nº 236 (1985, 02 maio). Aprovação das diretrizes para o programa de controle da AIDS.

BURY, Michael. **The sociology of chronic illness: a review of research and prospects**. Sociology of Health and Illness, 13(4), 1991.

CARRARA, Sérgio; SIMÕES, Júlio Assis. **Sexualidade, cultura e política: a trajetória da identidade homossexual masculina na antropologia brasileira**. Cadernos Pagu, São Paulo, (28), 2007: 65-99.

CHEQUER, Pedro; CASTILHO, Euclides Ayres. Epidemiologia do HIV/AIDS no Brasil. In: Parker, Richard (Org.). **Políticas, Instituições e AIDS: enfrentando a AIDS no Brasil**. Rio de Janeiro: J. Zahar: ABIA, 1997.

CONNELL, R. W. **A Very Straight Gay**: masculinity, homosexual experience and the dynamics of gender. *American Sociological Review*, 57, (6), 1992.

DANIEL, Herbert. **Direitos Humanos e preconceitos**: o caso da Aids. s.l, s.v., s.n, jul. 1990.

DOURADO, Inês. Et. al. Tendências da epidemia de Aids no Brasil após a terapia anti-retroviral. **Ver. Saúde Pública**; 40, 2006.

DUBAR, Claude. **Trajatórias sociais e formas identitárias**: alguns esclarecimentos conceituais e metodológicos. *Educ. Soc.*, Campinas, 19(62), 1998.

ELIAS, Norbert. **Introdução à Sociologia**. Lisboa: Edições 70, 2008.

EPSTEIN, S. **Impure Science**: aids, activism and the politics of knowledge. Berkeley: University of California Press, 1996.

FASSIN, Didier. **When Bodies Remember. Experiences and politics of AIDS in South Africa**. Londres: University of California Press, 2007.

FONTANELLA, B. J.B. et al. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(1), 2008.

FOUCAULT, Michel. **Em Defesa da Sociedade**: curso no Colége de France (1975-1976). Tradução Maria Ermantina Galvão. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

FOUCAULT, Michel. **História da Sexualidade I**. A vontade de saber. Tradução Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. Rio de Janeiro, Edições Graal, 1999.

FOUCAULT, Michel. **O Saber Gay. Ecopolítica**, 11:2015. Entrevista concedida a Jean Le Bitoux.

FRY, Peter. **Da hierarquia à igualdade**: a construção histórica da homossexualidade no Brasil. In.: Para Inglês ver. *Identidade e política na cultura brasileira*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1982.

GALVÃO, Jane. As respostas das organizações não-governamentais brasileiras frente à epidemia de HIV/AIDS. In.: **Políticas, instituições e Aids: enfrentando a aids no Brasil**. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1997.

GOFFMAN, E. **Estigma**: notas sobre a manipulação de uma identidade deteriorada. Rio de Janeiro: Zahar, 1975.

GOFFMAN, E. **Manicômios, Prisões e Conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1974.

GRANJEIRO, Alexandre et. al. A re-emergencia da epidemia de aids no Brasil: desafios e perspectivas para o seu enfrentamento. **Interface, Comunicação saúde educação**, 19(52):5-6, 2014.

HEILBORN, Maria L. **Ser ou estar homossexual: dilemas de construção da identidade social.** In.: Sexualidades Brasileiras. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1996.

HERZLICH, Claudine. Saúde e Doença no Início do século XXI: entre a experiência privada e a esfera pública. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 14(2), 383-394, 2004.

MACRAE, Edward. AIDS – Prevenção ou novo tipo de segregacionismo? **Temas IMESC**, Soc. Dir. Saúde, São Paulo, 4(1), 1987.

MACRAE, Edward. Identidade homossexual e política. In.: **A Construção da Igualdade: identidade sexual e política no Brasil da abertura.** Campinas: Unicamp, 1990.

MCINTOSH, Mary. **The Homosexual Role.** *Social Problems*, vol. 16, (2), 1996.

MENDÈS-LEITE, Rommel; ZWART, Onno de. Fighting the Epidemic: Social AIDS studies. In.: **Lesbian and Gay Studies: an introductory, interdisciplinary approach.** Londres: Sage Publications, 2000.

NOGUEIRA, Oracy. **Vozes de Campos do Jordão: experiências sociais e psíquicas do tuberculoso pulmonar no Estado de São Paulo.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

PARKER, Richar. Introdução. In.: **Políticas, Instituições e Aids: enfrentando a epidemia no Brasil/ Richard Parker (org.).** Rio de Janeiro: J. Zahar Ed.: ABIA, 1997.

PARKER, Richard. A AIDS no Brasil: a construção de uma epidemia. In.: **A Construção da Solidariedade: AIDS, sexualidade e política no Brasil.** Rio de Janeiro: Relume-Dumará: ABIA: IMS, UERJ,1994.

PARKER, Richard; AGGLETON, Peter. **Estigma, Discriminação e AIDS.** Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS. Rio de Janeiro, 2001.

PASCUAL, Alejandra. “Preconceito e Discriminação: violências não visíveis contra os portadores de HIV/aids no Brasil. In.: **Direitos Humano e HIV/AIDS: avanços e perspectivas para o enfrentamento da epidemia no Brasil.** Disponível em: http://hivhealthclearinghouse.unesco.org/sites/default/files/resources/bie_ministerio_da_saude_brasil_direitos_humanos_hiv_aids_enfrentamento_brasil_po.pdf acesso em 01 de julho de 2015.

PERLONGHER, Néstor. **O que é aids?** São Paulo: Editora brasiliense, 1987.

PIERRET, Janine. **Coping with AIDS in everyday life.b** (Sem referência).

PIERRET, Janine. **Everyday life with AIDS/HIV: surveys in the social sciences.** *Social Science & Medicine*, 50, 2000a.

PIERRET, Janine. **The illness experience: state of knowledge and perspectives for research.** *Sociology of Health and Illness*, 25, 2003.c

PIERRET, Janine; CARRICABURU, Danièle. **From biographical disruption to biographical reinforcement: the case of HIV-positive men.** *Sociology of Health and Illness*, 17(1), 1995.

POLLAK, Michael. **Os Homossexuais e a AIDS: sociologia de uma epidemia.** São Paulo: Estação Liberdade, 1988.

QUINTANEIRO, Tania. **Processo Civilizador, sociedade e indivíduo na teoria sociológica de Norbert Elias.** Belo Horizonte: Argumentvm, 2010.

SANTOS, L.H.S.; ZAGO, L.F. **Topografia dos corpos de homens gays: deslocamentos na produção de sensibilidades biopolíticas.** *Nomadas* 29, 2013.

SANTOS, Yumi Garcia. **As mulheres como pilar da construção dos programas sociais.** *Cadernos CRH*, 27(72), 2014.

SCHUTZ, Alfred. Introdução. A abordagem fenomenológica da Sociologia. In.: **Sobre Fenomenologia e relações sociais.** Org. Helmut T. R. Wagner. Tradução de Raquel Weiss. Petrópolis: Editora Vozes, 2012.

SCOTT, Joan W. **A Invisibilidade da Experiência.** *Proj. História*, São Paulo, (16), 1998.

SONTAG, Susan. **AIDS e suas metáforas.** São Paulo: Companhia das Letras, 2007.

TEIXEIRA, Tatiana R. A. et al. **Social Geography of AIDS in Brazil: identifying patterns of regional inequalities.** *Cadernos de Saúde pública*, Rio de Janeiro, 30(2), 2014.

TERTO JR., Veriano. **Homossexuais soropositivos e soropositivos homossexuais: questões da homossexualidade masculina em tempos de AIDS.** In: Barbosa, Regina Maria; Parker, Richard (Org.). *Sexualidades Brasileiras.* Rio de Janeiro: Relume Dumará: ABIA: IMS/UERJ, 1996b.

TERTO JR., Veriano. **Homossexualidade e saúde: desafios para a terceira década de epidemia de HIV/aids.** *Horizontes Antropológicos*, Porto Alegre, 8(17), 2002c.

TERTO JR., Veriano. **Soropositividade e políticas de identidade no Brasil.** In: Barbosa, Regina Maria; Parker, Richard (Org.). *Sexualidades pelo Averso: Direitos, Identidades e Poder.* Rio de Janeiro: Ed. 34, 1999a.

TREICHLER, Paula. **AIDS, Homophobia and biomedical discourse: an epidemic of signification.** *Cultural Studies*, 1:3, 1987.

VALLE, C. G. **Corpo, doença e biomedicina: uma análise antropológica de práticas corporais e de tratamento entre pessoas com HIV/AIDS.** *Vivencia*, 35, 33-51, 2010b.

VALLE, C. G. **Identidade, doença e organização social: um estudo das “pessoas vivendo com HIV e AIDS”.** *Horizontes Antropológicos*, Porto Alegre, 8(17), 179-210, 2002a.

APÊNDICE 1 – ROTEIRO DE ENTREVISTA

Roteiro de Entrevista

Dados de Classificação

Naturalidade:

Bairro que mora em Belo Horizonte:

Idade:

Profissão:

Cor/Raça:

Renda mensal:

Nível de instrução:

Situação de moradia:

Estado civil:

→ Infância/Adolescência

Origem familiar. De onde vêm os pais? Profissão, principais atividades? Religião?

Onde nasceu, se mudou de localidade, motivos;

Estrutura familiar: constituição da família, relação com os membros familiares, pais;

Sociabilidade: grupos de amigos, círculos sociais que pertenceu;

Período escolar: onde estudou, até quando, como foi a vivência no ambiente escolar;

Lazer, hobby?

Interesse por meninos? Experiência, relacionamento(s)?

→ Vida adulta

Redes de amizade: quem eram, como os conheceu, pessoas que mais confiava;

Inserção no mundo do trabalho: onde foi, qual o tipo de ocupação; relação com os colegas de trabalho;

Experiências religiosas: se tornou adepto de alguma religião, crenças;

Experiências sexuais: como foi, com quem;

Relação com família: se houve mudanças em relação à infância;

→ **Relação com o corpo / Relação HIV/aids**

Se realizava exames médicos frequentes, motivos.

Sobre infecção – se sabe como ocorreu;

Relatar o exame anti-HIV – por que fez, onde fez, as expectativas sobre o resultado;

Quando iniciou a TARV, se já sofreu efeito colateral, com lidou com esses efeitos;

Confidencialidade: quem sabe da situação sorológica, o motivo da escolha dessa/s pessoa/s;

Como é a sua vida cotidiana?

APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado como voluntário a participar da pesquisa intitulada “*Viver com HIV/AIDS: a experiência de homossexuais soropositivos*” desenvolvida pelo estudante de mestrado do Departamento de Sociologia da Universidade Federal de Minas Gerais (DSO/UFMG), Rafael Cerqueira Pinheiro, telefone nº (31) 8585-0112, e-mail: cerqueirapinheiro@gmail.com.

A pesquisa é coordenada pela professora Dra. Yumi Garcia dos Santos (DSO/FAFICH/UFMG), a quem você poderá entrar em contato e consultar a qualquer momento que julgar necessário por meio do telefone nº (31) 9330-1518, ou e-mail yumigds@uol.com.br. É importante que você aceite participar da pesquisa por sua própria vontade, sem ter quaisquer danos ou prejuízos, com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa. Você não terá qualquer tipo de despesa para participar da pesquisa e não receberá remuneração por sua participação. Você foi informado dos objetivos somente acadêmicos do estudo que, em linhas gerais, se propõe a compreender o processo através do qual homens homossexuais soropositivos atendidos no Centro de Treinamento e Referência em Doenças Infecto-Parasitárias Orestes Diniz (CTR-DIP Orestes Diniz) vivenciam suas experiências de doença em relação à AIDS. O único risco envolvido pela pesquisa é o constrangimento de responder as entrevistas, em falar sobre questões sensíveis que envolvem a experiência de ser soropositivo. Estes riscos serão minimizados pela interrupção da entrevista caso você queira. A identidade dos entrevistados será completamente preservada. Quanto aos benefícios a pesquisa será avaliar o impacto da experiência de doença. Esperamos que os resultados da pesquisa contribuam para o desenvolvimento de políticas públicas mais eficientes de tratamento ao HIV/Aids. Você também foi esclarecido de que os usos das informações por você oferecidas estão submetidos às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, do Comitê de Ética e Pesquisa (COEP-UFMG), que poderá ser consultado se tiver alguma dúvida quanto à ética da pesquisa. A sua colaboração se fará de forma anônima, por meio de uma entrevista. As gravações das entrevistas ficarão armazenadas na sala F 4196 da Professora Yumi no Departamento de Sociologia da FAFICH por um período de 5 anos e logo após serão destruídas. O acesso e a análise dos dados coletados se farão apenas pelo pesquisador e/ou seu orientador. Você ainda foi informado de que pode se retirar dessa pesquisa a qualquer momento, sem prejuízo para você e sem sofrer quaisquer punições ou constrangimentos.

Estou completamente esclarecido quanto à pesquisa. Concordo em participar. Recebi uma via assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e outra via ficou com os pesquisadores, conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Data: ___/___/___

Participante código n° ___

Assinatura do participante: _____

Pesquisadores:

Dra. Yumi Garcia dos Santos (orientadora)

Rafael Cerqueira Pinheiro (mestrando)

COEP-UFMG - Comissão de Ética em Pesquisa da UFMG. Av. Antônio Carlos, 6627.
Unidade Administrativa II - 2º andar - Sala 2005. Campus Pampulha. Belo Horizonte.

MG – Brasil. CEP: 31270-901. E-mail: coep@prpq.ufmg.br. Tel: 34094592.