

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA**

FAZENDO A DIFERENÇA:

As dinâmicas da conjugalidade sorodiscordante para o HIV/AIDS

LUZIANA MARQUES DA FONSECA SILVA

JOÃO PESSOA - PB
JUNHO DE 2012.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA

FAZENDO A DIFERENÇA:

As dinâmicas da conjugalidade sorodiscordante para o HIV/AIDS

Luziana Marques da Fonseca Silva

Orientador: Dr. Artur Perrusi

Co-Orientadora: Dr^a. Mônica Franch

Tese de Doutorado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em
Sociologia da Universidade Federal
da Paraíba, como parte dos
requisitos necessários à obtenção do
título de doutora em Sociologia.

João Pessoa -PB
2012

LUZIANA MARQUES DA FONSECA SILVA

FAZENDO A DIFERENÇA:

As dinâmicas da conjugalidade sorodiscordante para o HIV/AIDS

Orientador: Dr. Artur Perrusi
Co-Orientadora: Dr^a. Mónica Franch

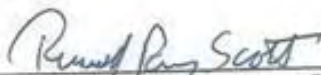
Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal da Paraíba, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de doutora em Sociologia.

Aprovada em: 01 de 06 de 2012.

COMISSÃO EXAMINADORA



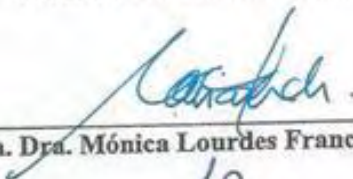
Prof^a. Dra. Ivia Maksud (UFF)



Prof. Dr. Russell Parry Scott (UFPE)



Prof^a. Dra. Ednalva Maciel Neves (UFPB)



Prof^a. Dra. Mónica Lourdes Franch Gutiérrez (UFPB)



Prof. Dr. Artur Fragoso de Albuquerque Perrusi (UFPB)

A Genivaldo Neto e aos meus pais,
fontes de energia que nutrem o meu ser.

AGRADECIMENTOS

Inicialmente, agradeço a Deus e aos Espíritos de Luz que me fortaleceram nos sinuosos caminhos do doutorado.

Ao meu orientador, amigo, tio, pseudoparente, Professor Artur Perrusi, a minha eterna gratidão. Será que é possível agradecer a uma pessoa que mudou de maneira significativamente positiva a minha trajetória profissional? Embora eu saiba que tudo que diga ainda seja pouco diante da grandeza do trabalho, da interlocução, da paciência, e dos ensinamentos de Artur, agradeço especialmente pela confiança na minha capacidade de se tornar uma Cientista Social de fato. Quando ainda no término da graduação eu havia desistido de seguir a profissão, ele estava lá insistindo para que eu fizesse o mestrado, para que eu repensasse sobre o meu caminho profissional, então, se hoje estou terminando o doutorado e atuo como professora, parte do crédito é do meu estimado orientador. Tê-lo como orientador, como meu padrinho de casamento, é uma dádiva, logo, como nos adverte Mauss, esta é uma relação interminável, mais ainda, ela é impagável.

À minha querida Co-orientadora Mónica Franch, agradeço pela amizade, pelo empenho, pela estimulante interlocução, pelo apoio e pela disposição. É incrível como com o seu farto sorriso conseguia fazer questionamentos irritantemente pertinentes que me desconstruíam, levando-me à rica e à maravilhosa experiência de descobrir novos caminhos. Realmente, a elaboração de uma tese a seis mãos mostrou-se ser uma tarefa extremamente instigante, principalmente quando os dois orientadores são da estirpe de Mónica e Artur.

Aos integrantes do GRUPESSC (Grupo de Estudos em Saúde, Sociedade e Cultura), Fátima Araújo, Átila Carvalho, Artur Guimarães, Clareanna Viveiros, Luana Santos, Lindaci Loyola e Juliana Nascimento, o meu muito obrigada. A extensão da contribuição de cada pesquisador do grupo é tão grande neste trabalho que posso dizer que esta tese tem um pouco de cada um dos integrantes.

Agradeço aos professores da banca examinadora deste trabalho, Parry Scott e Ivya Maksud que se dispuseram a dedicar um pouco do seu corrido tempo para tecerem contribuições para esta tese. À professora Ednalva com quem tanto aprendi na disciplina “Socioantropologia do corpo e da saúde” e com a sua minuciosa análise na qualificação, um agradecimento especial.

Aos colegas dos seminários doutorais, Josias Vicente de Paula e Francisco Sá Barreto, que dedicaram algumas tardes de sábado para debatermos os encaminhamentos das nossas teses. As discussões foram tão enriquecedoras que a resposta de uma instigante pergunta feita sobre a conjugalidade rendeu metade de um capítulo.

Ao CNPq, pela concessão da bolsa de estudo durante um ano e meio. E a UNESCO e ao Ministério da Saúde que financiaram a pesquisa realizada pelo GRUPESSC intitulada de “Casais Sorodiscordantes no Estado da Paraíba: Subjetividade, Práticas Sexuais e Negociação do Risco”, da qual esta tese é um dos seus produtos.

Aos sujeitos da pesquisa, os casais sorodiscordantes para o HIV/AIDS, que compartilharam comigo um pouco de suas experiências, que me revelaram e ensinaram a perceber um universo além do lugar que comumente se coloca às pessoas que convivem com o HIV/Aids.

Aos diretores dos hospitais, que permitiram que a pesquisa fosse realizada, à equipe do SAE, especialmente à enfermeira Yaponira e à assistente social Nancy que, gentilmente, mediarão o contato com os casais sorodiscordantes e apresentaram a dinâmica do serviço de saúde. À equipe do Hospital Clementino, sobretudo, a Israel e a Laura, que nos apresentaram aos sujeitos sorodiscordantes assistidos.

A Roberto Maia, companheiro na empreitada de realização do I Seminário de Casais Sorodiscordantes de João Pessoa.

Aos professores do Programa de Pós-graduação em Sociologia da UFPB, de maneira especial, aos amigos Adriano de Leon e Eduardo Sérgio, e à parceira de doutorado Luziana Ramalho, pelo carinho, pelo apoio e pelo incentivo.

A Nancy, a general da secretaria do PPGS que esconde por trás de toda seriedade do seu trabalho um coração amigável e acolhedor.

Aos colegas do Departamento de Ciências Sociais do Campus IV, sobretudo, às professoras Tabira Andrade, Carla Bonifácio, Maria Angeluce, Silvana Nascimento e Márcia Saeger, pelas escutas solidárias e pelas palavras de incentivo. À Secretária da Coordenação do Curso de Secretariado, pelas conversas acolhedoras nas viagens de retorno para casa.

Às minhas grandes amigas, Mayrinne Meira, Ana Carolina Costa Porto e Rita Fabiana Arrais que conseguem com maestria unir profícuas sugestões acadêmicas com o amor, o carinho e a amizade. Pessoas que têm o dom de transformar a tensão em esperança, o esforço em alegria, e o cansaço em obstinação. Com a força e o carinho de May, com o trabalho de revisão, com a vibração com os capítulos escritos e as palavras amáveis e estimuladoras de Carolzinha e com o apoio e acalanto de Rita, a árdua tarefa de elaborar a tese se mostrou menos perturbadora.

À Tia Zó e Tio Costa que sempre torcem para que eu consiga atingir meus objetivos, reservando-me um permanente lugar em seus corações.

Aos meus familiares, em especial aos meus amados pais, fortalezas intransponíveis que inspiram minha caminhada, que entenderam as minhas ausências, que sofreram com minhas dificuldades em escrever, que torceram a cada capítulo feito, que continuaram me amando mesmo quando eu me fechei na “bolha secreta da tese”. Aos meus irmãos Daniel e Roberto, a minha querida irmã, Paula Adriana, e às cunhadas Cida e Sarah, que buscaram cada um a seu modo aliviar a minha tensão, que tentaram me trazer de volta para o convívio social, sobretudo, para o acolhedor e amável estio familiar. Ao meu sogro, Sr. Vadinho, e a minha sogra, Ana Lúcia, que sempre se orgulharam do meu esforço e me lembravam com palavras alentadoras que um dia a tese acabaria. A minha cunhadinha Paty e meu cunhadinho Romeu que me estimularam, que me ajudaram a manter a calma mesmo nos momentos mais difíceis.

E ao meu grande amor, Genivaldo Neto, que se fez silêncio nos momentos de escrita, que se fez luz nas horas de angústia, que vestiu-se de compreensão e companheirismo nas minhas crises de estresse, e cobriu-me de amor todos os dias. O seu sorriso é um bálsamo para as minhas aflições, e a presença, um estímulo para dizer: “viva *la vita*”.

LISTA DE SIGLAS

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

ABIA – Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids

EPIS – Equipamentos de Proteção Individual

GRUPESSC – Grupo de Estudos em Saúde, Sociedade e Cultura

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

UFPB – Universidade Federal da Paraíba

ONG – Organização Não-Governamental

SAE/MI – Serviço de Atendimento Especializado Materno-Infantil

SERV – Serviço Especializado ao Portador de HIV

RESUMO

O objeto deste trabalho são as dinâmicas conjugais dos parceiros heterossexuais sorodiscordantes para o HIV/Aids da área metropolitana de João Pessoa (Paraíba, Brasil). Uma vez que a convivência do casal com o HIV/Aids está inserida na triangulação das áreas de estudo da sexualidade, da saúde e das relações de gênero, articulamos as distintas temáticas e empreendemos uma investigação qualitativa socioantropológica com entrevistas em profundidade e observação direta dos serviços de saúde para examinar os aspectos socioculturais e simbólicos que condicionam as práticas conjugais, sexuais, a negociação do risco e as relações sociais dos sujeitos sorodiscordantes. A análise empírica destas questões foi debatida através de três eixos interpretativos: o primeiro, o impacto da revelação do diagnóstico e as configurações conjugais sorodiscordantes; o segundo, as relações de gênero e a negociação do risco dos casais; e o terceiro, as mudanças na vida conjugal. Os três eixos deram vazão a diferentes formas de administração da situação de sorodiscordância, contemplando desde a identificação da ordem de valores, das normas e das práticas que orientavam a dinâmica interna da díade, até os impactos das mudanças da nova situação para as relações com as redes de sociabilidade. A reflexão analítica nos sugere que as configurações conjugais sorodiscordantes assumem diferentes facetas, estando estas subsumidas a trajetória do par, aos projetos em comum, ao momento vivido, às relações de gênero e às influências dos fatores externos ao casal.

Palavras-chave: Conjugalidade, sorodiscordância, HIV/Aids, risco, gênero, saúde e sexualidade.

ABSTRACT

This work object deals with the marital dynamics of the heterosexual partner HIV serodiscordants from the metropolitan area of João Pessoa (Paraíba, Brazil). Once the HIV couple intimacy is inserted in the triangulation of the sexual study areas, the health and the gender relations, we hinge the different themes and we engage in a qualitative anthropological research with in-depth interviews and direct observation to analyze the socialcultural and symbolic aspects that condition the marital and sexual practices, the risk negotiation and the social relations of the serodiscordant subjects. The empirical analysis of these issues was discussed by three interpretative axes: the first, the impact of diagnostic disclosure and the serodiscordant marital settings; the second, the gender relations and the couple risk negotiation; and the third, the changes in marital life. The three axes showed different forms of managing the serodiscordant situation, emphasizing the early identification of the value order, the rules and the practices that guided the internal dynamic of the couple, till the impacts of to changes to the relations with social networks. The analytical reflection suggests that the serodiscordant marital settings assume different facets, these being subsumed the trajectory of the pair, the common projects, the lived moment, the gender relations, and the influence of external factors to the couple.

Key-words: Conjugalinity, serodiscordance, HIV/SIDA, risk, gender, health and sexuality.

RESUMEN

El objeto de este trabajo son las dinámicas conyugales de parejas heterosexuales sorodiscordantes para el VIH/Sida de la región metropolitana de João Pessoa (Paraíba, Brasil). Una vez que la convivencia de la pareja con el VIH/Sida se sitúa en la triangulación de las áreas de estudio de la sexualidad, la salud y las relaciones de género, articulamos los distintos temas y llevamos a cabo una investigación cualitativa socio-antropológica con entrevistas en profundidad y observación directa para examinar los aspectos socio-culturales y simbólicos que condicionan las prácticas conyugales, sexuales, bien como la negociación del riesgo y las relaciones sociales de los sujetos sorodiscordantes. El análisis empírico de estas cuestiones fue debatido a partir de tres ejes interpretativos: el primero, el impacto de la revelación del diagnóstico y las configuraciones conyugales sorodiscordantes; el segundo, las relaciones de género y la negociación de riesgo de las parejas; y el tercero, los cambios en la vida conyugal. Los tres ejes revelaron diferentes formas de administración de la situación de la sorodiscordancia, incluyendo desde la identificación de la orden de valores, las normas y de las prácticas que orientaban la dinámica interna de la dupla, hasta los impactos de los cambios de la nueva situación para las relaciones con las redes de sociabilidad. La reflexión analítica sugiere que las configuraciones conyugales sorodiscordantes asumen diferentes aspectos, y son englobadas por la trayectoria de la pareja, por los proyectos en común, por el momento vivido, por las relaciones de género y por las influencias de los factores externos a la pareja.

Palabras clave: Conyugalidad, sorodiscordancia, VIH/Sida, riesgo, género, salud y sexualidad.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	12
I. CAPÍTULO I - Entre os fatos e os relatos: questões teórico-metodológicas no universo sorodiscordante.....	23
1.1. Os intercursos da conjugalidade: inquietações a serem problematizadas.....	24
1.1.1. Casamentos, conjugalidades e as histórias de amor.....	37
1.1.2. A conjugalidade no limiar da sorodiscordância.....	43
1.1.3. A sexualidade revestida pelo HIV.....	51
1.2. Investigando o casal: uma perspectiva metodológica	59
1.2.1. Disposições de Campo.....	62
1.2.2. Entrevistas com os casais sorodiscordantes.....	70
1.2.3. Perfil dos casais entrevistados.....	77
II. CAPÍTULO II - Tecendo os laços: arranjos conjugais no contexto da sorodiscordância para o HIV.....	81
2.1. Configurações conjugais sorodiscordantes em camadas populares.....	82
2.1.1. A revelação do diagnóstico: a incursão na situação sorodiscordante.....	94
2.1.2. A relação de confiança em períodos liminares: a conjugalidade de casais pré-diagnóstico	101
2.1.3. Uma questão de confiança: a formação de casais após a revelação do diagnóstico.....	114
2.2. Interações conjugais: a convivência com o HIV	121
III. CAPÍTULO III - Significados em risco: entre as relações de gênero e as negociações sexuais.....	145
3.1. Diferenças e hierarquias.....	146
3.2. Diferença Solidária.....	160
3.3. Situações de risco: a (dia)lógica conjugal.....	168
IV. CAPÍTULO IV - Em tempos de mudanças: as vicissitudes das dinâmicas internas e externas dos casais sorodiscordantes.....	189
4.1 As reconstruções das referências sexuais em situações de sorodiscordância.....	190
4.2 Relações (des)conexas: o efeito sorodiscordante nas interações com as redes sociais	205
V. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	238
BIBLIOGRAFIA.....	244
APÊNDICES.....	256
ANEXOS.....	271

Introdução

Está implícito que não é para o diferente que se deve olhar em busca da compreensão da diferença, mas sim para o comum. (GOFFMAN, 1988, p.138)

A história social da Aids/Sida (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) se inicia na década de 1980, na África subsahariana (BASTOS, 2006; GIACOMIZZI, 2006). Ao mesmo tempo em que a compreensão biológica e epidemiológica da doença se desdobrava, esta dava suporte para uma construção social preconceituosa e mal fundamentada da síndrome.

O cenário das décadas de 1980 e 1990 foi permeado pela relação feita entre a Aids e os grupos de risco, como homossexuais, prostitutas e usuários de drogas, desconsiderando, desse modo, a vulnerabilidade de homens e mulheres heterossexuais (que estivessem fora desta classificação) ao HIV (vírus da imunodeficiência). Neste contexto de grupos de risco, a Aids passou a ser percebida como uma doença do “outro” (KNAUTH, 1999), reservada a determinados segmentos da população, de modo que os demais indivíduos da sociedade estariam imunes à infecção. Como reflexo de tal segmentação do risco, constrói-se um isolamento “imaginário” quanto aos indivíduos vulneráveis, bem como, um distanciamento das práticas preventivas por parte dos demais membros da população.

Sem dúvida, essa doença transcende a esfera médica e envolve condicionantes simbólicos, culturais e sociais. Por isso, nas últimas décadas, as mudanças terapêuticas (devido ao tratamento com antirretrovirais¹), e a efetividade da política de acesso universal ao tratamento no Brasil, têm trazido à tona um debate nacional sobre as diversas maneiras de se conviver com o HIV/Aids, tendo em vista as novas perspectivas de vida para as pessoas soropositivas.

A terapia antirretroviral trouxe transformações profundas não apenas para a condição de saúde dos portadores de HIV, mas para a significação social da doença. De “morte anunciada” a Aids passou a ser entendida como uma doença crônica que pode ser controlada (PERRUSI & FRANCH, 2009; POLEJACK, L.; 2001). O aumento da expectativa de vida e os tratamentos visando uma melhor qualidade de vida do portador do HIV alteraram a experiência subjetiva e

¹ Uma vez que o HIV é um tipo de vírus chamado retrovírus, a medicação usada para tratamento é chamada antirretroviral. A medicação antirretroviral é uma combinação de drogas que controlam o vírus, diminuindo tanto a progressão da infecção por HIV quanto o risco de resistência medicamentosa. Embora não seja uma cura para a infecção com o HIV, o resultado é normalmente uma supressão quase total da replicação do HIV.

social da Aids. Tal fato resultou em transformações simbólicas e práticas para a (com) vivência² com o HIV.

O tratamento possibilitou que os portadores de HIV dessem continuidade às suas atividades cotidianas, desde o âmbito profissional até ao afetivo-sexual. Assim, esta ressignificação da Aids e a terapia possibilitaram novos olhares sobre a soropositividade.

Neste aspecto, a sorodiscordância se tornou um ponto nodal no debate contemporâneo sobre a convivência com o HIV/Aids, pois ela deflagra questionamentos sobre os imaginários sociais da doença e sobre as políticas de atendimento e prevenção, já que esta desafia uma ordem de valores que até então estabelecia como impossível a união conjugal entre pessoas com sorologias distintas para o HIV.

Por sorodiscordância se entende o tipo de relacionamento conjugal (com suas distintas formas de vínculos, seja união de fato, casamento, ou namoro) em que um dos membros do casal é portador do vírus do HIV e o seu parceiro é soronegativo (KNAUTH, 2003; MAKSDUD, 2007; PERRUSI & FRANCH, 2009).

De acordo com Maksud (2003), os primeiros trabalhos sobre a sorodiscordância surgiram em meados da década de 1990 nos Estados Unidos com um recorte estritamente epidemiológico e biomédico e estavam voltados para homens que faziam sexo com homens. Em decorrência da forte correlação feita entre homossexualidade e o risco de contaminação por HIV/Aids, os estudos sobre homossexuais eram mais recorrentes do que os trabalhos sobre casais heterossexuais.

Muito embora o uso do termo sorodiscordância não seja consensual, visto que a literatura francesa sobre o assunto, e adeptos brasileiros como Larissa Polejack (2001), entendem que a discordância traz implícita a ideia de conflito e de dificuldade, e por isso o termo sorodiferença seria preferível para se referir a tais casais, concordamos com Daniela Knauth (2003) ao defender que o conflito e as dificuldades estão presentes em todas as relações (sejam elas concordantes ou discordantes) e, desse modo, a mudança de nomenclatura não esvazia os conflitos que podem estar explicitados ou não em uma relação diádica.

Em verdade, o estudo da situação de sorodiscordância ainda é pouco abordado tanto no cenário nacional quanto nas investigações internacionais (PERRUSI; FRANCH, et.al, 2010). Entretanto, no Brasil, a problemática tem despertado na última década o interesse de

² O termo convivência com o HIV seria uma tentativa de desmistificar a ideia da Aids como uma doença do outro. Como afirma Polejack (2002, pg. 8), “Hoje sabemos que a AIDS é um problema de todos e deixou de ser uma questão individual para assumir um local de destaque nas famílias, na sociedade e na política devido ao seu impacto e dimensão”. Assim, a convivência direciona o olhar para a Aids enquanto doença crônica, o que por sua vez diz respeito não apenas à pessoa soropositiva, mas à cotidianidade de todos que compartilham a vivência com o HIV/Aids.

pesquisadores que investigam os seus aspectos socioculturais (KNAUTH, 1999; MAKSUD, TERTO JR., PIMENTA E PARKER, 2002; POLEJACK, 2001; REIS, 2005; MAKSUD, 2007; RODHEN, 2009; SILVA & COUTO, 2009; PERRUSI, FRANCH, ARAÚJO & SILVA, 2010), com estudos que vão desde as questões relativas à negociação do risco, ao estigma e aos modelos conjugais, até a administração da diferença sorológica associada às decisões reprodutivas.

Silva & Camargo Jr. (2009), acreditam que os recentes estudos tendem a diminuir com a invisibilidade do relacionamento de pessoas heterossexuais com sorologias distintas para o HIV, além de estarem contribuindo tanto para a compreensão do fenômeno do HIV/Aids na sociedade contemporânea, quanto para o entendimento das questões privadas que dão base para a negociação do risco de contaminação para o parceiro soronegativo.

O processo de ressignificação da Aids tem desconstruído a barreira simbólica que distanciava a vulnerabilidade³ ao vírus da vida conjugal. De acordo com a representação da epidemia a partir de grupos de risco, a contaminação não aconteceria dentro de um relacionamento estável, pois se acreditava em um tipo de prevenção simbólica que existiria nos relacionamentos afetivos-sexuais fixos. Igualmente, na mesma medida em que assumiam a distância em relação ao “outro”, os sujeitos comprometidos em um relacionamento estável criavam uma “barreira imaginária” (BRASIL & BARRETO, 2001) que servia de proteção contra o vírus – já que suas relações sexuais estavam restritas a um único parceiro (a), assim como, por acreditarem na fidelidade amorosa.

De acordo com a Organização das Nações Unidas (ONU), 33,4 milhões de pessoas vivem atualmente com o HIV em todo o mundo, sendo cerca de 2 milhões na América Latina. No Brasil, estima-se que 630 mil pessoas estejam infectadas e na área metropolitana de João Pessoa de 1985 a 2010, 2.091 casos de pessoas infectadas pelo vírus do HIV foram diagnosticados. Hoje, o número cada vez maior de incidência da Aids entre indivíduos nas relações heterossexuais estáveis aponta para as mudanças no perfil epidemiológico, que vão desde a vulnerabilidade feminina em se contaminar com o parceiro, até a modificação geográfica e socioeconômica das pessoas infectadas pelo HIV, com a interiorização e pauperização da Aids (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO AIDS, 2010).

³ Por vulnerabilidade entende-se a suscetibilidade de grupos ou indivíduos à infecção pelo vírus do HIV. De acordo com Ayres, França Júnior, Calazans e Saletti Filho em “Vulnerabilidade e Prevenção em tempos de Aids” (1999, pg. 50) “a conceituação da vulnerabilidade ao HIV/Aids expressa o esforço de produção e difusão de conhecimento, debate e ação sobre diferentes graus e naturezas de suscetibilidade de indivíduos e coletividades à infecção, adoecimento ou morte pelo HIV, segundo particularidade de sua situação quanto ao conjunto integrado dos aspectos sociais, programáticos e individuais que põem em relação com o problema e com os recursos para seu enfrentamento”.

A este respeito, esta tese vale-se do aporte socioantropológico para investigar as configurações conjugais heterossexuais de casais sorodiscordantes para o HIV na área metropolitana da cidade de João Pessoa. Inserido na triangulação das áreas de estudo da sexualidade, da saúde e de gênero, o nosso objetivo implica a análise dos significados atribuídos à diferença sorológica, na verificação de mudanças no projeto diádico (práticas sexuais, relações de gênero e sentimentos), devido à convivência com o HIV e na negociação do risco de contaminação (considerando a balança de gênero, as diferenças etárias e sociais). Ainda assim, considerando a importância das esferas internas e externas da conjugalidade para uma maior inteligibilidade da convivência com o HIV, também foi examinada a dinâmica interna de organização do casal e os impactos da diferença sorológica para as relações tecidas com as redes de sociabilidades (família, amigos e serviços de saúde).

É importante salientar que este estudo fez parte de uma pesquisa mais ampla, intitulada “Casais Sorodiscordantes no Estado da Paraíba: subjetividade, práticas sexuais e negociação do risco”, realizada pelo Grupo⁴ de Estudos em Sociedade, Saúde e Cultura (GRUPESSC) da Universidade Federal da Paraíba⁵. A proposta do projeto de pesquisa era de investigar as configurações conjugais sorodiscordantes de casais heterossexuais atendidos em serviços de referência na Grande João Pessoa, focalizando, sobretudo, a gestão do risco, as práticas sexuais e as questões referentes à intimidade e ao segredo.

Inicialmente, pretendia-se contemplar casais sorodiscordantes heterossexuais e homossexuais, haja vista que a modalidade de relação social de casais sorodiscordantes para o HIV/Aids envolve tanto a díade homossexual quanto a heterossexual (PERRUSI, FRANCH, et.al., 2010). Entretanto, entendendo que o período do estudo era curto (dois anos) para a complexidade do nosso objeto, as duas instituições financiadoras (Ministério da Saúde e a UNESCO) indicaram a eleição de apenas um critério de escolha dos casais a serem entrevistados. Desse modo, tendo em conta questões metodológicas decidiu-se pelo recorte de casais heterossexuais. Considerando que os casais desta modalidade se apresentam no serviço de saúde de forma mais aberta⁶, pensou-se, a priori, na facilidade de acesso a estes, a um só

⁴ A pesquisa foi realizada pelos seguintes pesquisadores: O Prof. Dr. Artur Perrusi (coordenador do Grupo), a Profª. Drª. Mônica Franch (coordenadora assistente), a Profª. Drª. Fátima Araújo, a doutoranda Luziana Silva e os graduandos Arthur Guimarães, Átila Carvalho, Clareanna Viveiros, Juliana Nascimento, Luana Santos e Lindaci Loyola.

⁵ No capítulo I, quando discuto as questões metodológicas, aprofundo a proposta da pesquisa desenvolvida em grupo e o direcionamento para os objetivos desta tese.

⁶ Entendendo que a homossexualidade demanda questões complexas que se justapõem à situação de sorodiscordância e considerando a necessidade de um estudo da conjugalidade sorodiscordante da díade homossexual, uma nova pesquisa sobre esta problemática foi aprovada e será realizada pelo GRUPESSC, com a coordenação da pesquisadora Drª. Mônica Franch.

tempo em que a interlocução com a pesquisadora Ivia Maksud – que trabalhou com casais sorodiscordantes heterossexuais no Rio de Janeiro –, acabou por nos dar maior segurança para tal decisão.

O recorte heterossexual não foi o único delimitador da população-alvo da nossa pesquisa. A realização da investigação em dois serviços públicos de saúde acabou por nos direcionar a um recorte de classe. As pessoas que encontramos nos serviços (exceto um casal, que inclusive tem uma renda diferenciada dos outros entrevistados, porém, a esposa acredita que o marido recebe apenas um salário mínimo e o *ethos* da díade não se distancia dos demais casais) eram quase que exclusivamente de grupos de menor renda, o que ocasionou um viés de classe ao nosso universo da pesquisa – voltaremos a esta questão mais à frente.

Nesse sentido, nossa investigação, de caráter socioantropológico sobre os casais heterossexuais sorodiscordantes da Grande João Pessoa atendidos em serviços públicos de saúde, coaduna-se tanto com as tendências epidemiológicas de heterossexualização, de pauperização, interiorização e feminização da pandemia (POLEJACK, 2001), quanto enriquece a compreensão sobre a convivência com o HIV/Aids, já que dá voz a interpretações socioculturais sobre a temática e produz conhecimento sobre uma região em que pouco se tem estudado sobre a doença. A singularidade do contexto nordestino pode trazer à tona diferentes olhares sobre a discordância sorológica, uma vez que as condições de vida e de acesso aos serviços de saúde talvez subsumam a sorodiscordância a questões estruturais mais urgentes como a pobreza e exclusão social (PERRUSI; FRANCH et.al, 2010).

Na Paraíba, o primeiro estudo socioantropológico sobre casais sorodiscordantes heterossexuais foi a pesquisa desenvolvida pelo GRUPESSC. Dentre os produtos da pesquisa pode-se ressaltar a visibilidade do número de casais na região estudada (já que os serviços investigados passaram a partir de então a identificar e listar a díade sorodiscordante), a articulação entre a universidade, serviços públicos de saúde e ONG's de João Pessoa⁷, além da compreensão das demandas específicas dos casais sorodiscordantes paraibanos. De certo, esta abordagem centrada nos aspectos socioculturais e simbólicos, com seu direcionamento para os sentidos que os sujeitos atribuem a sua vivência e as suas práticas conjugais e sexuais, complementou e acrescentou o espectro dos estudos epidemiológicos e biomédicos sobre o

⁷ A realização do “I Seminário dos Casais Sorodiscordantes em João Pessoa”, em julho de 2010, foi resultado da parceria entre a Universidade Federal da Paraíba (por meio do GRUPESSC), Governo do Estado e Governo Municipal, assim como, da articulação com Organizações Não-governamentais. No seminário, além da apresentação dos resultados da pesquisa já citada, pesquisadores de diferentes regiões e instituições debateram a temática da sorodiscordância e seus diversos desdobramentos.

HIV/Aids, dando vazão a ordem de valores, normas e práticas que condicionam a conjugalidade sorodiscordante.

Segundo Silva & Couto (2009), a biomedicina e os trabalhos epidemiológicos percebem o casal sorodiscordante a partir de uma concepção de “duplo risco”, ou seja, tem-se em conta o risco de contaminação do parceiro e o risco de transmissão vertical (transmissão de mãe para filho durante o parto ou por meio da amamentação, ou de pai para filho por meio do ato sexual com a parceira).

Nessa perspectiva, a natureza quantitativa que ilumina a noção de risco dos trabalhos epidemiológicos e de saúde coletiva, aqui, passa a ser vista a partir de outro eixo interpretativo, a saber, a análise qualitativa. Seguindo além do caráter transmissível, este trabalho considera os valores e os aspectos simbólicos que orientam a vivência do casal; o que acaba por elucidar os condicionantes que impelem a negociação do risco entre os cônjuges e o lugar da decisão de ter filhos no projeto diádico.

O casal é percebido, neste trabalho, como dois sujeitos que criam conjuntamente determinado tipo de arranjo conjugal no qual a situação de sorodiscordância se assenta. Desse modo, o arranjo, ou melhor, a conjugalidade, em uma acepção aproximada a que Heilborn (2004) lhe confere, é uma relação social baseada na mutualidade que comporta determinado tipo de administração da sexualidade e da vida amorosa, ou seja, uma realidade em si que reúne os indivíduos em um par.

A díade é concebida aqui como uma unidade de análise, muito embora, por vezes, os parceiros possam se colocar individualmente, ou distintamente, quanto à situação sorodiscordante. Como bem explica Maksud (2007, p. 14), “A articulação entre os temas conjugalidade e sorodiscordância constituiu um desafio, por comportar tensões e conflitos em torno do sexo, da doença e conjugalidade”. Por isso, a diferença sorológica pode acentuar divergências quanto aos significados conferidos à convivência com o HIV e ressaltar as experiências singulares de cada cônjuge. Nesse sentido, as “soluções idiossincráticas” (HEILBORN, 2004) encontradas pelos cônjuges para a vivência em situação de discordância sorológica para o HIV são investigadas à luz da dinâmica interna que os constituem enquanto casal, mas sem perder de vista a relação entre as normas e a experiência dos sujeitos.

Na população investigada, todos os casais se percebiam em um relacionamento estável, como casados. A estabilidade foi percebida de diferentes formas pelos sujeitos da pesquisa, ora estando ligada ao tempo de relacionamento, ora ao nascimento de filhos; além dos casos em que era dado maior reconhecimento aos relacionamentos institucionalizados (o casamento religioso ou no civil).

Sendo assim, seria pertinente ressaltar que o arranjo cotidiano, seja ele de coabitação, ou não, não é determinante para pensar a estabilidade da relação, e sim, o tipo de configuração conjugal e como a díade se autodenomina. De fato, mais do que propriamente o tipo de associação do casal (coabitação ou não, vínculo formal ou informal), é o modelo conjugal e os impactos da diferença sorológica sobre este que nos interessa.

Desse modo, o exame do momento de revelação do diagnóstico em relação à constituição do par é de extrema importância, uma vez que, este pode se tornar um ponto de virada para a reorganização do arranjo conjugal. Vale salientar que neste trabalho estudamos os casais sorodiscordantes que mantiveram o relacionamento mesmo após a descoberta da diferença sorológica; o que não significa dizer que todos os cônjuges que descubrem a sorodiscordância consigam conviver com o HIV/Aids e mantenham o relacionamento.

Assim, a reflexão aqui desenvolvida sobre a convivência dos casais sorodiscordantes com o HIV/Aids está apresentada em quatro capítulos. No primeiro, “Entre os fatos e os relatos: questões teórico-metodológicas no universo sorodiscordante” foram discutidos os pressupostos teóricos e as premissas metodológicas que referendaram tanto a investigação de campo quanto a literatura na qual o objeto está envolto. Na problematização da conjugalidade sorodiscordante, apresentou-se as hipóteses do trabalho, bem como a dimensão contextual que impulsiona a criação da conjugalidade, da sorodiscordância e da sexualidade como novas categorias de análise nas ciências sociais. A discussão é motivada pela aproximação entre diferentes campos de estudos, como o da saúde e das relações de gênero, e o surgimento de novos e produtivos debates teóricos sobre a articulação entre as temáticas.

Ainda no primeiro capítulo, à luz da problemática em que o objeto está envolto, foram discutidas as condições de produção dos dados, os desafios de elaborar uma tese a partir de uma pesquisa realizada em equipe e as vicissitudes de um objeto de investigação estigmatizado. Em seguida, o processo de sistematização do material e o perfil dos entrevistados são apresentados com o objetivo de descrever o processo de análise dos dados e explicitar quem são e em qual contexto os casais investigados se inserem.

Muito embora tenham sido problematizadas questões teóricas preliminares, pretendia-se apenas contextualizar o panorama em que a conjugalidade sorodiscordante envereda. Haja vista que se entende que a discussão dialógica entre a interpretação dos dados e a fundamentação teórica nos parece mais apropriada e enriquecedora a um estudo socioantropológico, os capítulos obedecem aos eixos analíticos encontrados no trabalho de sistematização dos dados, sendo estes debatidos através da articulação com o referencial teórico.

Optou-se assim, por discutir as facetas da pesquisa e seus imbricamentos teóricos, problematizando a relação entre pesquisador e pesquisado e as questões iniciais sobre a conjugalidade sorodiscordante. Neste sentido, nos demais capítulos debatemos os três eixos interpretativos do material empírico: o primeiro, o impacto da revelação do diagnóstico e as configurações conjugais sorodiscordantes; o segundo, as relações de gênero e a negociação do risco dos casais com sorologia distinta para o HIV; e o terceiro, as mudanças na vida conjugal (sexualidade, reprodução, positividades e sociabilidades).

No segundo capítulo, intitulado de “Tecendo os laços: arranjos conjugais no contexto da sorodiscordância para o HIV”, inicialmente partiu-se do contexto socioeconômico dos sujeitos da pesquisa para discutir as normas e valores que condicionam a escolha do parceiro e a formação do vínculo conjugal. O intuito foi debater as implicações do lugar em que os indivíduos se encontram na sociedade (no caso, camadas populares) para a configuração da relação diádica sorodiscordante.

Considerando as lógicas conjugais e o impacto da descoberta da soropositividade para os casais, segue-se a discussão sobre a revelação do diagnóstico e a formação do casal (se foi pré ou pós-diagnóstico). Aqui, a relação de confiança é posta em questão enquanto um elemento que adquire diferentes significados de acordo com o modo de entrada do vírus na vida a dois. Após analisar o modo como o casal descobre a diferença sorológica e em que momento da vida conjugal, discute-se as interações diádicas e o modo de administração da sorodiscordância. Esta parte final do capítulo foi dedicada à relação intersubjetiva que confere significação à discordância sorológica e às estratégias utilizadas para conviver com esta situação.

De acordo com o material empírico, o recorte de gênero se mostrou um elemento que organiza de forma distinta entre os pares a vivência com o HIV, por isso, o terceiro capítulo, “Significados em risco: entre as relações de gênero e as negociações sexuais”, foi voltado às implicações das posições de gênero, tanto para as formas de enfrentamento do vírus, quanto para a cotidianidade do casal.

A soropositividade é utilizada por alguns casais como um recurso de poder, o que por sua vez, altera o lugar do soronegativo e do soropositivo no relacionamento e assevera as assimetrias de gênero. Por um lado, o parceiro soronegativo (no universo pesquisado, em sua maioria do sexo masculino) é percebido por ambos os membros da relação em uma “condição de superioridade” diante da parceira – e esta superioridade, por vezes, assume uma dupla condição, a saber, o indivíduo é desigual em termos de *status* sorológico e em relação à hierarquia de gênero.

De outro modo, alguns pares enredaram a diferença sorológica em uma dinâmica de cuidados, de solidariedade e de companheirismo, o que acabou por reconfigurar o posicionamento dos parceiros no relacionamento, isto é, o homem passa a assumir o papel de cuidador. Assim, as dinâmicas destes casais são interpretadas a partir da “solidariedade conjugal”; esta que, com efeito, se mostrou um elemento reordenador das relações de gênero.

A este respeito, continuamos no mesmo capítulo a discussão sobre as vicissitudes das relações de gênero para a negociação do risco de contaminação do HIV para o parceiro soronegativo. A negociação sexual foi percebida como a possibilidade de troca, um acordo em que cada membro da díade troca valores equivalentes (ou não), sejam fantasias, desejos ou sentimentos, como diria Barbosa (1999). Portanto, a partir dos sentidos conferidos à convivência com o HIV, foram encontrados dois tipos de comportamentos: alguns casais, sobretudo quando o parceiro soropositivo está assintomático e nunca apresentou vestígios da Aids, banalizam o risco de contaminação e não assumem medidas preventivas, ou alternam períodos de práticas seguras e outros não.

Para outros pares, a conjugalidade sorodiscordante é percebida como uma relação de risco e com isso o casal orienta sua cotidianidade a partir da gestão do risco (aqui, as medidas preventivas vão além das relações sexuais e se estendem aos cuidados com higiene, dentre outros); com base nessas interpretações discutiu-se como os sujeitos investigados vivenciam a questão da responsabilidade pela contaminação.

Enfim, o quarto capítulo que versa sobre as mudanças na relação conjugal em decorrência da situação sorológica. Assim, nele se abrangem desde as alterações na vida sexual, na decisão de ter filhos, até o tratamento, as mudanças internas e externas (com as redes de sociabilidade) na configuração diádica. A diferença sorológica traz implicações para o exercício da sexualidade, para reprodução e com isso são discutidos os valores e normas que estas alterações põem em jogo.

As mudanças seguiram distintos caminhos. Se por um lado, as intervenções nas práticas sexuais, no contato entre os corpos, o estigma sofrido e a manutenção do segredo foram percebidas como elementos negativos que impediriam a fluidez das relações do par; de outra forma, a inclusão em uma rede de ajuda e de benefícios sociais, além das novas dinâmicas conjugais que passaram a aproximar o casal, também construiu uma percepção das novas circunstâncias como transformações benéficas para a díade.

No que tange às mudanças internas, para alguns casais, o uso do preservativo seria venoso ao prazer sensorial, ao sentimento de proximidade e entrega entre os parceiros, já para

outros, a cotidianidade do tratamento compartilhada pelo par e a dinâmica de cuidados com a saúde do(a) parceiro(a) HIV+ configuraram a sorodiscordância como um agente produtor de positivities. Em outras palavras, o parceiro soronegativo (principalmente do sexo masculino) passa a assumir o papel de cuidador, a partilhar o lazer com a parceira (diminuindo saídas noturnas e bebedeiras com amigos) e isto foi percebido como o lado positivo da diferença sorológica.

Com relação às alterações da sociabilidade com a rede social (amigos, vizinhos, serviços de saúde e instituições), percebe-se diferentes conexões, desde a formação de novas redes com os serviços e instituições, sobretudo no caso da pessoa soropositiva com acesso a uma rede social de cidadania e benefícios do governo, até o distanciamento dos amigos antigos e o segredo reconfigurando as interações com os familiares.

Afinal, foi neste panorama que direcionamos a investigação da conjugalidade sorodiscordante enquanto categoria analítica socioantropológica. Desse modo, foram analisados os impactos da revelação do diagnóstico do parceiro soropositivo, as interações conjugais sorodiscordantes, as estratégias da negociação do risco (a luz das relações de gênero) e as mudanças do projeto diádico em decorrência da situação de sorodiscordância – práticas sexuais, reprodução e sociabilidade.

CAPÍTULO I
Entre os fatos e os relatos:
questões teórico-metodológicas no universo
sorodiscordante

1.1. Os intercursos da conjugalidade: inquietações a serem problematizadas

A investigação sobre a sorodiscordância demanda o resgate da experiência, da trama vivencial do casal, com isso, não é forçoso afirmar que esta diferença sorológica está subsumida a uma categoria mais ampla, a saber, a conjugalidade.

A discussão sobre a conjugalidade nos leva a enfrentar o problema preliminar de definir seus conteúdos e delimitações enquanto categoria analítica autônoma. Nas ciências sociais, em um primeiro momento, o termo conjugal surge diretamente ligado à família e ao parentesco. Na esteira de uma tendência sócio-antropológica evolucionista, que se definiu, sobretudo, pelo processo de transição da família dita “extensa” (envolvendo o casal, filhos, parentes e as relações de compradrio) para a família “nuclear” (os cônjuges e seus filhos), os casais eram percebidos a partir de tais modelos: na configuração familiar extensa a díade, enquanto integrante do círculo doméstico, era vista a partir da reificação da estrutura familiar, já no modelo nuclear, priorizou-se a “ideologia individualista” de realização pessoal e centralização nos sujeitos da relação; logo, se redimensiona o cerne de atenção para a díade.

Como reflexo de tal perspectiva, é lugar comum encontrar estudos contemporâneos sobre a conjugalidade que acabam por fazer uma correlação com a família “nuclear” como modo de se limitar as relações diádicas e fugir assim das influências da parentela e da rede social sobre o casal. De fato, tal direcionamento do olhar para dois modelos familiares hegemônicos contribuiu para a desconsideração da coexistência de diferentes configurações familiares e, conseqüentemente, das dinâmicas internas e externas ao casal. Diante desse cenário acadêmico, criou-se um ideário de que haveria uma relação necessária entre a nuclearização da família, a “modernidade” (FONSECA, 2007) e a formação da categoria conjugalidade.

Podemos pensar na família conjugal, analisada por Durkheim⁸, que se caracterizava pela sua dualidade: a um só tempo em que se torna cada vez mais privatizada, também era apreendida por uma maior intervenção do Estado.

Para Durkheim (1975), o surgimento da família “conjugal” estaria correlacionado com o processo de individuação corrente na sociedade moderna. Assim, na tentativa de explicar as especificidades da família moderna, o termo conjugal foi utilizado para denominar a

⁸ De acordo com Singly (2007), “La famille conjugale” foi publicado inicialmente na Revue Philosophique, e em 1921, foi reproduzido no livro intitulado “Durkheim” (1975; pp.35-49).

focalização nas pessoas do círculo doméstico em detrimento da relação parental. Paradoxalmente, a família conjugal ao conquistar maior independência em relação aos parentes, vizinhos, esbarra no poder do Estado que assume o controle da vida privada. O chefe de família não é mais a autoridade incontestável, a família patriarcal foi absorvida pela “solidariedade estatal”.

De outro modo, Durkheim (1975) também atribuiu ao casamento, em sua “Sociologia da Família”, a função de proteger o indivíduo contra a anomia contribuindo para a coesão social. Na verdade, o termo família conjugal indica a contração e diferenciação da família moderna, porém, a preocupação de Durkheim era com as implicações desta redução para a morfologia da sociedade, por isso, a atenção atribuída ao casamento – tendo em vista a sua função social de mantenedor da ordem.

Simmel (2004), em sua “Sociologia da família”, também analisou como se formavam os vínculos conjugais à luz da multiplicidade de formas familiares (das sociedades simples até os modelos modernos). Ao reconhecer a ausência de relações conjugais bem definidas, devido às imprecisões dos laços de parentesco⁹, abre-se o caminho para o entendimento do modelo conjugal monogâmico, bem como, ressalta-se também o papel da fidelidade na sociedade moderna, visto que, a definição dos vínculos conjugais surgiria como uma necessidade social para delimitar as relações de distribuição de propriedade na família. Seria pertinente ressaltar que a tese de imprecisão de laços de parentesco proposta por Simmel segue o caminho oposto dos estudos antropológicos – tal qual Durkheim, Lévi-Strauss (1976), dentre outros – em que a organização do sistema de parentesco é demasiadamente consistente a ponto de servir de esteio para o entendimento das sociedades “simples”.

Ao estudar “A Origem da Família, da Propriedade Privada e do Estado”, Frederick Engels (1995) também investigou a família e a formação de casais monogâmicos¹⁰. Para ele, a

⁹Nas sociedades primitivas, para Simmel, o núcleo fixo da família girava em torno da relação entre mãe e filho, com isso, muitas vezes não se precisava quem era o pai, já que se entendia que a lógica sexual era de poligamia e poliandria. De acordo com tal perspectiva, a inexistência de vínculo nupcial definido impossibilitava a identificação fisiológica do pai. Entretanto, a partir do momento em que a paternidade acarretou problemas quanto às relações de propriedade e herança, o casamento monogâmico surge como solução para as questões econômicas e sociais, haja vista que, a identificação do pai delimitaria as relações de propriedades. Assim, o sentimento de amor e fidelidade seria consequência de tal necessidade social de monogamia.

¹⁰ Baseado nos estudos de Lewis H. Morgan, Engels explicou o desenvolvimento da Família Monogâmica a partir da formação da família sindiásmica. As proibições de uniões por grupos (devido à mudança de estágio cultural), características do modelo de comunidades comunitas, acabaram por motivar a formação de matrimônios por pares, ou seja, o modelo sindiásmico. Neste tipo de configuração familiar, surge a figura do pai enquanto proprietário de escravos e da força de trabalho, de modo que, “quanto mais às relações perdiam seu caráter primitivo por força do desenvolvimento das condições econômicas, tanto mais opressivas as relações se tornaram para as mulheres, já que elas deviam ansiar pelo matrimônio com um só homem, renunciando às disposições derivadas do matrimônio por grupos, o que ao homem nunca foi verdadeiramente proibido”

monogamia – do mesmo modo que defende Simmel – não seria fruto do amor e não se basearia em condições “naturais”, mas econômicas, isto é, “o triunfo da propriedade privada sobre a propriedade comum primitiva” (MARCASSA, 2011, p.3). Porém, Engels não coadunava com a perspectiva simmeliana de fragilidade dos laços de parentesco, de tal modo que partiu dos sistemas de parentesco e das formas de matrimônio para analisar a formação da família e os diferentes modelos criados ao longo da história da humanidade.

A partir de um recorte antropológico estruturalista, e em sentido contrário a percepção simmeliana, Lévi-Strauss (1976) percebeu o parentesco como um elemento estruturador de um determinado tipo de sociedade, e foi a partir de tal assertiva que o autor se dedicou intensamente às regras de parentesco que davam base tanto à formação dos casais quanto à proibição de determinadas uniões. Em seu livro “As Estruturas Elementares do Parentesco”, a sociedade funcionava através de uma regra que interditava o casamento entre determinados parentes e, a um só tempo, indicava os tipos de matrimônios permitidos.

Tendo como ideia central a dinâmica de circulação de pessoas (e de objetos), a proibição do incesto é uma regra que possibilita, sobretudo, a manutenção do sistema de troca que motivava a formação de alianças; ou seja, um alicerce para a formação de laços sociais. Com base na proibição do incesto, o casamento seria constituído por uma relação global de troca estabelecido por dois grupos de homens, entretanto, além do caráter funcional, a troca teria a conotação simbólica, ou melhor, ritualística de consolidar os laços internos de cada clã (BUTLER, 2008). Neste sentido, a mulher, como signo de troca, seria conferido um valor essencial na vida do grupo, “tanto do ponto de vista biológico quanto do ponto de vista social” (LÉVI-STRAUSS. 1976, p.521), e por isso, é regulada a distribuição delas e não dos homens.

Assim como a perspectiva evolucionista de pensar a família indicou caminhos para a investigação da união conjugal, o estruturalismo também apontou as lógicas que impelem a formação de casais.

O que hoje conhecemos como conjugalidade tem uma significativa importância para o campo da antropologia e da sociologia, enquanto um dos mecanismos privilegiados no estabelecimento do sistema de trocas que fundamenta o laço social. Isso é especialmente evidente em teorias do tipo funcionalista e estruturalista como, por exemplo, nas ideias de Lévi-Strauss (1993) sobre a proibição do incesto e a troca de mulheres (PERRUSI; FRANCH, et.al, 2010, p. 11).

(MARCASSA, 2011, p. 3). A exigência da fidelidade feminina propiciou que a norma monogâmica fosse estritamente direcionada à mulheres.

Se retomarmos a vasta literatura da antropologia sobre o parentesco encontraremos também estudos evolucionistas, como os livros “Casamento Primitivo” de John MacLennan (1970), e “A sociedade Antiga” de Lewis H. Morgan (1974). MacLennan (1970) tomou como ponto de partida certos aspectos rituais do casamento por rapto, e este fenômeno cultural sugeriu-lhe uma hipótese de evolução humana. A partir de tal perspectiva evolucionista, o antropólogo explicou as duas regras de uniões que davam base às divisões na estrutura social: primeiramente viria o modelo de matrimônios em que a parceira seria escolhida fora do grupo, e posteriormente, o desenvolvimento de uniões entre membros do grupo. Seguindo igualmente a abordagem evolucionista, Morgan (1974) recorreu à análise de estágios da “sociedade antiga” para elucidar como os três estágios “pré-históricos” da cultura correspondem a três modelos de família. O Estado Selvagem, a Barbárie e a Civilização, seriam correlatos aos modelos familiares¹¹ Consanguíneo, Panalua e Sindiásmica, respectivamente.

Na medida em que o resgate dos programas clássicos da literatura sócio-antropológica sobre a família nos levou ao encontro de modelos hegemônicos (extenso e nuclear) e o parentesco nos direcionou para as aporias entre o biológico e o cultural (com os interditos e as regras de união), os estudos contemporâneos nas ciências sociais e, sobretudo na Antropologia, nos obrigam a situar a problemática da conexão entre família, parentesco e conjugalidade em outros termos. No campo da categoria analítica família, Cláudia Fonseca (2007, p. 3) nos adverte que as mudanças nas práticas familiares “levantavam a suspeita de que ‘a família’ (entendida como conjugal e nuclear) não era – nem no mundo euro-americano – tão hegemônica como os evolucionistas tinham imaginado”. Assim, Fonseca (2007) nos adverte que longe de uma história linear da família têm-se, na verdade, distintas dinâmicas conjugais e familiares em diferentes contextos sociais.

No que se refere às análises de parentesco, o silêncio sobre o tema, instaurado na Antropologia da década de 1980 até o final de 1990, diz muito sobre a transformação dos estudos sobre a problemática. Especula-se que o ponto de partida para ressignificação do parentesco foi à crítica tecida por Schneider em seu livro “*A Critique of the Study of Kinship*” (1984) aos modelos de interpretação antropológicos que se serviam de um recorte extremante etnocêntrico; ou seja, as análises sobre os povos “exóticos” eram feitas a luz de

¹¹ O modelo consanguíneo era formado por grupos conjugais classificados por gerações. Neste sentido, irmãs e irmãos eram marido e mulher. Na configuração Panalua, as relações sexuais entre irmãos são proibidas e as categorias sobrinho, primo são criadas dando fundamento à união por grupo e fomentando um círculo fechado de parentes por linhagem feminina. E por fim, o modelo sindiásmica no qual as proibições de determinadas uniões em grupo levou a formação de matrimônios por pares.

modelos euro-americanos. O silêncio acadêmico só foi quebrado no final da década de 1990 quando os estudos sobre parentesco ressurgem em decorrência das críticas advindas das pesquisas feministas e das discussões sobre a homossexualidade (FONSECA, 2007).

A volta da problemática de parentesco tem como centro de discussão o que Fonseca (2007) chama de dessubstanciação dos meios de construção das relações parentais. Isto é, pensar o parentesco além da base biológica – além do sangue, do útero e do sêmen. As novas tecnologias reprodutivas, a adoção de crianças e as diferentes implicações das dinâmicas conjugais acabaram por levantar questionamentos tanto sobre a abertura para novas formas de conexão parentais quanto para a associação entre o sexo, a conjugalidade e a família.

As novas tecnologias reprodutivas¹² levaram Strathern (1995) a investigar se a polêmica do início do século XX sobre as mulheres da Grã-Bretanha que recorriam às tecnologias reprodutivas para ter filhos sem o intercurso sexual era decorrente da “necessidade de pai” e a “necessidade de mãe” que a criança teria, ou seria parte da ideologia euro-americana de parentesco em que a reprodução estaria correlacionada ao sexo e a relação conjugal. A tese de Strathern (1995) é que se estaria polemizando a um só tempo a “necessidade de relacionamentos” (por meio das relações sexuais) e as assimetrias de gênero – no que se refere à construção da paternidade e da maternidade.

Diante deste cenário, tudo indica que a associação necessária entre o sexo, a conjugalidade e a família tende a ser desconstruída em prol de uma nova perspectiva calcada na dissociação entre o sexo e a conjugalidade. As tecnologias reprodutivas, as novas “conexões” familiares trazem a tona diferentes formas de filiação e de parentesco, o que por sua vez acabam por deságuar na resignificação do tripé analítico família, parentesco e conjugalidade. Vale salientar que a “dessubstancialização” do parentesco pode nos ser útil para pensar a reprodução assistida de casais sorodiscordantes para o HIV, visto que, se o sangue e o sêmen são vetores de transmissão do vírus novas formas de construção de parentalidade poderiam ser compostas pela diáde. Só nos resta investigar se a adoção de crianças, o uso de novas tecnologias reprodutivas são percebidas pelos sujeitos investigados como possibilidades de formação da família.

¹² As novas tecnologias reprodutivas envolvem a medicalização da reprodução humana através Reprodução Assistida.

Se considerarmos a história da família brasileira, com suas relações de comprados, a sociabilidade com a vizinhança e a tese de circulação de crianças de Fonseca¹³ (2002), talvez a adoção de crianças, os filhos de criação, seja viável no projeto conjugal; muito embora também possa não se configurar como fruto da união do par (quando se atribui a consanguinidade como legitimador das relações parentais) e assim enseje o desejo de filhos biológicos. Já no que se refere à reprodução assistida, tem-se ainda a hipótese que a desvinculação entre a reprodução e a atividade sexual quicá não seja bem aceita, tendo em vista o papel da sexualidade, da relação carnal, da mistura de fluídos na sociedade brasileira.

Lembremos que no Brasil, a ênfase dos estudos de Gilberto Freyre nos contatos interculturais apontou para a formação do povo brasileiro a partir da miscigenação entre os índios, os portugueses e os negros, e para uma sociabilidade antes de tudo mediada pelo intercuro sexual. O estudo da família levou ao olhar sobre o casal e projetou-se além do círculo doméstico, servindo de esteio para a explicação da organização da estrutura social colonial. A família patriarcal, delineada por Gilberto Freyre (1975) e Oliveira Vianna (1955), viveria sob o domínio do patriarca e convergia o poder das diferentes esferas da vida econômica, social e política. A composição do grupo familiar que, juntamente com o casal e os filhos, encontravam-se parentes, afilhados, agregados, concubinas, bastardos e escravos formando a família dita extensa, dava o tom das relações.

Assim como os casamentos arranjados na Europa Medieval descritos por Giddens (1993), as relações sexuais entre os senhores e as escravas direcionavam o lugar dos prazeres para fora do casamento. Em meio aos parentes, aos agregados e aos escravos, o casal formaria o complexo familiar. De certo, a centralização na família patriarcal acabou por obscurecer outras formas de configurações familiares que se estabeleceram além da região do nordeste açucareiro brasileiro, porém, do ponto de vista do olhar sobre a vida conjugal, foi bastante esclarecedor pensar o lugar da mulher, do senhor de engenho e da escrava, ao passo que o arranjo conjugal cotidiano foi estruturado além e aquém da reunião dos cônjuges em um par.

Com efeito, as investigações sobre a família discorriam sobre a formação de casais, mas, de fato, a conjugalidade não era a pedra de toque destes estudos. Neste sentido, o interesse nas relações conjugais não é uma novidade em si; entretanto, diferentemente das abordagens sócio-antropológicas clássicas em que o casal estava subsumido a investigação da

¹³ De acordo com Cláudia Fonseca em seu livro “Caminhos da Adoção” (2002), a “circulação de crianças” é entendida como a dinâmica de criação em que crianças passam parte de sua infância ou juventude em casas de pessoas próximas a família (comprades, comadres, antigos vizinhos de outras localidades, parentes), e está circulação se configuraria como estrutura básica da organização de parentesco de grupos de baixa renda brasileiros.

família e dos laços de parentesco, os estudos contemporâneos discutem a conjugalidade enquanto domínio que adquire significado próprio.

Entretanto, a fim de se distanciar da tese de autonomização de dimensões sociais que isola as diversas searas do mundo vivido¹⁴, recorremos à tradução feita por Luiz Fernando Dias Duarte (2004) do termo *disembeddedness*¹⁵ de Polanyi para assim sugerir que houve um “desentranhamento” da categoria conjugalidade em relação à família. Ou seja, a um só tempo em que a vida conjugal se torna uma configuração específica, ainda assim, continua entrelaçada a outras esferas da vida social, no caso, principalmente à família.

Assim como Segalen (1999) nos adverte, a própria “Sociologia da Família” contribuiu para o direcionamento do olhar para a vida conjugal, visto que muitos estudos se debruçaram sobre o casal a fim de entender o fenômeno familiar contemporâneo com seus diferentes arranjos, como nos casos dos casais sem filhos e dos cônjuges criando filhos de relacionamentos anteriores. “Embora o casal tenha ganhado estatuto empírico autônomo, nem por isso deixaram de se fazer análises que o enquadraram numa perspectiva teórica mais vasta, incluindo-os no sistema familiar” (TORRES, 2002, p. 572). Ao que tudo indica, a conjugalidade se tornou centro de preocupação porque surgiu no cerne de uma nova formação familiar moderna cuja base está situada no processo de individualização. A interiorização da família como o *locus* da afetividade, como suporte emocional substituto do vazio provocado pela ausência da função socializante da comunidade, alicerçou à problematização da privatização das relações conjugais.

Em verdade, as mudanças no universo domiciliar já fazem a clivagem entre conjugalidade e família, visto que dentre as novas formas de organização existem casos em que não há o casal, mas, ou pai, ou a mãe criando os filhos, avós criando netos juntamente com um dos pais. Então, em termos práticos, vivenciamos no contexto contemporâneo a separação, enquanto domínios distintos, entre a conjugalidade e a família.

As várias abordagens sobre a família e a formação de casais coexistem e se alimentam reciprocamente através de diálogos ora convergentes, ora antagônicos. Se ao longo de séculos, a noção de família assume diferentes posições na organização social e ainda assim é comum

¹⁴ Este posicionamento sobre a separação entre família e conjugalidade, enquanto categorias distintas de análise coaduna com a crítica feita por Heilborn, Cordeiro e Menezes (2009) sobre a ideia de autonomização da sexualidade.

¹⁵ Karl Polanyi (1944; Apud. HEILBORN, et. al, 2009, p.36) usou o termo “*disemdeddedness*” para explicar a separação entre política e economia e como esta deu base à criação do mercado autorregulado. A ideia central de Polanyi é que embora política e economia sejam esferas distintas, estas continuam entrelaçadas aos diversos domínios do capitalismo. Assim, de acordo com Heilborn (2009), o antropólogo, Luiz Fernando Dias Duarte (2004) adaptou o termo a discussão contemporânea sobre a produção moderna da sexualidade.

relacioná-la ao casamento, as modificações ora correntes demonstram uma cisão nas interligações entre os modelos familiares e os matrimoniais. O crescimento de diferentes configurações conjugais com suas uniões pré-maritais, a des-coabitação conjugal, as uniões entre pessoas do mesmo sexo, assim como, as famílias monoparentais e os divórcios, desautorizam a dependência histórica entre a formação familiar e a conjugalidade, descaracterizando a percepção de que esta seria psicológica e biologicamente instituída e necessária (LOYOLA, 1998).

A valorização das relações interpessoais, a crescente construção de um ambiente privado focalizado na intimidade, no fator afetivo, aponta para a visibilidade dada à qualidade das relações, sejam elas entre o casal, ou entre pais e filhos. Resgatando os estudos de Ariés (2010), Heilborn (2004) discutiu como a intimidade segue se configurando tanto como confirmadora de vínculos quanto meio de aproximação dos cônjuges, e na sua esteira, cria-se uma linguagem íntima, os apelidos, a ritualização das relações marcam a distância entre o “nós” e o resto do mundo.

Assim sendo, a independência do indivíduo, no seio familiar, se dá através da diminuição dos laços de dependência em relação aos parentes e pela busca de autonomização dos membros. Tudo indica que o processo de individualização tem um papel fundamental na dissociação da noção de conjugalidade das definições de família. Se o termo “família conjugal” reflete o englobamento das relações conjugais pela família, a mudança de perspectiva em que os laços familiares não definem mais o indivíduo (mas os seus vínculos formados pelas suas escolhas) reivindica o espaço da conjugalidade enquanto categoria analítica. Como orquestradora das dimensões sociais e pessoais, a relação conjugal ganha *status* e o casal se torna o centro da família contemporânea, bem como surge como referência para a constituição da subjetividade:

A noção de conjugalidade, a partir da modernidade, passa a pressupor a instauração da intimidade entre os parceiros, colocando-a como condição para uma relação fecunda, fundamentando o ideal de complementaridade entre os parceiros e instrumentalizando a legitimação do “eu” a partir do “nós”. (MAGALHÃES; FERES-CARNEIRO, 2003, p. 3)

Aqui, a ideia de complementaridade não está relacionada ao entendimento de que os membros da díade são “seres incompletos” que se tornam indivíduos em sua totalidade ao se unirem, mas trata-se de uma relação de reciprocidade em que a auto-avaliação da vivência a dois contribui para que ambos os sujeitos se reconstruam a partir do “nós”. Como explicou Singly (2007, p. 134) em “A Sociologia da família Contemporânea”: “[...] a vida conjugal

transforma assim a identidade dos cônjuges, quer eles tenham consciência ou não, e produz o “eu conjugal”.

Se a conjugalidade pode ser vista como a construção de um mundo privado do casal, com seu modelo único de viver a dois, pode-se especular que esta vivência compartilhada está centrada nos sujeitos e no significado dado às suas práticas. A vida privada tem como centro de orientação não mais a legitimação externa das instituições, mas, as regras compartilhadas pelo casal, e é nesse sentido que os estudos sobre a relação conjugal enveredam pelas relações de gênero. Tendo em vista que o modelo conjugal serve como referência para os cônjuges, dando contorno à subjetividade dos membros da díade, e estes por sua vez podem, de fato, não assumir papéis equivalentes na administração da vida a dois, investigações como as empreendidas por Heilborn (2004) em “Dois é Par” e Salem (2007) em “O casal Grávido”, conferem ao diferencial de gênero um caráter axial nas análises sobre a conjugalidade, sobretudo, por discutir a díade em termos igualitários.

A discussão sobre gênero segue distintos caminhos interpretativos, entretanto, no campo das ciências sociais tende-se contemporaneamente a privilegiar a perspectiva construtivista na qual as diferenças entre as feições de feminino e de masculino não são imputadas estritamente por alusões biológicas, mas antes de tudo, são alocadas pela dimensão cultural. A revelia das abordagens essencialistas que privilegiam as explicações anatomofisiológicas (FOUCAULT, 2009) sobre a masculinidade e a feminilidade, estes estudos sobre gênero correlaciona-se com o (re)surgimento do movimento feminista na década de 1960 (HEILBORN, 2004) e com sua crítica ao papel da mulher na sociedade.

De fato, juntamente com a crítica a “naturalização” dos marcadores de gênero surge à investigação genealógica (FOUCAULT, 2009) dos discursos sobre o sexo e suas consequências para a origem de um sistema binário de gênero. Se por um lado, o reconhecimento de uma produção discursiva binária de sexo masculino e do sexo feminino como opostos revelou o que Butler (2008) chama de “heterossexualidade compulsória”; por outro, o sistema binário foi reificado por um paradigma de patriarcado para explicar a história de opressão das mulheres.

Assim, enquanto a “heterossexualidade compulsória” – que pode ser entendida como um modelo hegemônico de ser homem e ser mulher baseados na correlação entre sexo e gênero – em seus diferentes desdobramentos contribuiu para novas críticas feministas, para o debate sobre as políticas de identidades e as discussões sobre a homossexualidade, de outro modo, a tese de dominação patriarcal fez da opressão feminina um fato social universal e

flutuante capaz de ser encontrado em qualquer sociedade e fomentador de hierarquias de gênero.

Vale salientar que no que se refere às relações de gênero na conjugalidade, a tese de dominação patriarcal alicerçou diferentes estudos sobre as assimetrias de gênero, seja para criticar o lugar da mulher no relacionamento, seja para comparar com os modelos conjugais igualitários. Muito embora recentemente algumas feministas (BUTLER, 2008) tenham contestado à universalização da perspectiva patriarcal, muitos debates sobre a conjugalidade ainda estão envoltos nas hierarquias de gênero baseadas no modelo de dominação dito patriarcal.

A centralização em um modelo universal patriarcal segue em sentido contrário ao entendimento do gênero enquanto uma construção cultural complexa, bem como, não atende as propostas de desenvolvimento de trabalhos no cenário nacional e internacional que debatam os múltiplos modelos de conjugalidade que podem ser encontrados na contemporaneidade – como a configuração dos casais homossexuais e suas demandas de reconhecimento legal da união. Ainda assim, tudo indica que o histórico brasileiro de colonização, o lugar de poder que o homem ocupa no contexto nacional, sobretudo no nordeste, tenha fundamentado os debates sobre a conjugalidade em termos de comparação entre o modelo igualitário e o modelo hierárquico, e a persistência deste último, sobretudo, nas camadas populares.

Neste ponto, no Brasil, empreendeu-se um diálogo fértil com a produção teórica francesa e sua problematização das questões sobre a individualidade, a dominação e as assimetrias entre os cônjuges. Muito embora o contexto francês seja bastante diverso do ambiente nacional, a interlocução mostrou-se útil para pensar as especificidades da conjugalidade local e suas aproximações e distanciamentos com as tendências igualitárias francesas. A este respeito, a obra de Louis Dumont (1985) sobre a teoria da hierarquia e os pressupostos individualistas se tornou a pedra de toque para se pensar os valores que balizam as desigualdades entre os gêneros. Do mesmo modo, Bourdieu (2005), que se concentrou na dominação masculina, tem motivado no Brasil intensos debates sobre o tema – seja como referência, seja como objeto de crítica. E ainda outro autor francês de grande expressão na discussão acadêmica nacional é Singly (2007) que analisa o casal a partir do ideal igualitário, bem como as reconfigurações da família contemporânea.

A dissecação da conjugalidade a partir dos estudos de gênero tem deflagrado abordagens que ora analisam a lógica simétrica entre os parceiros, ora a dissimetria. Mesmo que as análises sejam referentes à hierarquização e as relações de poder entre os cônjuges, a

noção de conjugalidade aparece comumente na literatura relacionada a uma disposição interiorizante de experimentar as relações conjugais como um “exercício do ser” (GIDDENS, 1993; SINGLY, 2007); ou seja, o casal, enquanto unidade, cria, a partir da relação diádica, tanto um espaço para formação do “eu” quanto um esquema de referencialidade no mundo. A questão é que uma conjugalidade nestes termos se espelha no ideário moderno e igualitário de “pessoa” dotada de singularidade subjetiva, um ser capaz de exercitar o que Giddens chama de “projeto reflexivo do eu”¹⁶, assim, surge a questão: Como poderíamos pensar as configurações conjugais em uma acepção mais ampla do termo? Sobretudo, porque estamos tratando da conjugalidade sorodiscordante que por si deflagra diferenças (ao menos sorológica) entre os parceiros.

Leia-se que a díade igualitária propõe a exaltação dos valores ligados à autonomia individual, em contraposição aos condicionantes sociais, o que ocasiona um aumento das tensões na vida conjugal. Ao se tornar pedra angular de desenvolvimento do “eu”, a conjugalidade transforma-se em um desafio, pois manter a individualidade em um relacionamento carregado de sentimentos e expectativas mútuas, não é tarefa fácil.

As implicações de entender a conjugalidade como suporte subjetivo e sua relação umbilical com o ideário igualitário estão centradas em duas questões: no que tange a percepção de equivalência entre os pares, o risco é a restrição da compreensão da conjugalidade a um modelo estereotipado no qual a capacidade de reflexividade e o diálogo entre os parceiros seriam a referência para explicar os demais arranjos diádicos – o que levaria a pensar o casal a partir de única direção e poderia resultar na desconsideração das diferentes configurações a dois, especialmente, nas situações em que os casais vivenciam uma forte hierarquização –; e a outra, é o peso depositado na construção subjetiva, na mutualidade dos parceiros devido o entendimento que o cônjuge é uma extensão de si.

De um lado, se o arranjo cotidiano (o que inclui a gestão de sentimentos e da sexualidade) e a atenção que é dada a este – às experiências da díade –, define a conjugalidade, então, o casal passa a ser analisado pela sua dinâmica interna (e suas relações com aspectos externos), e não em comparação com determinado modelo conjugal. Talvez seja pela associação feita entre a conjugalidade e os ideais igualitários que haja um silêncio na bibliografia brasileira sobre a conjugalidade de pessoas de classes populares. Logo, as lógicas conjugais desse grupo são secundarizadas diante das questões familiares, econômicas e de

¹⁶ O “projeto reflexivo do eu” diz respeito à capacidade individual de construir a narrativa da auto-identidade a partir da reflexividade das escolhas individuais. No mundo hodierno, a fragilidade desta auto-identidade, devido às intensas transformações sociais, culturais e econômicas, exige que o indivíduo faça contínuas revisões do seu projeto reflexivo.

parentesco. No caso do objeto desta tese, haveria então um duplo silêncio: a escassa literatura sobre a vida conjugal do grupo no qual ele está inserido (camada social de baixa renda), e de outro, a invisibilidade social dos casais sorodiscordantes.

Como propõe Parry Scott (1996, p. 142), existe uma tendência nas ciências sociais brasileira de segmentar “a tradição subjetivista de estudos sobre famílias de camadas médias, e a tradição econômico-produtivista de estudos sobre famílias de trabalhadores”. E embora Fonseca (2002) defenda que no Brasil não seja viável tratar como objeto de estudo isolado os grupos de baixa renda a partir da noção de família conjugal – devido à “natureza aberta da unidade conjugal” e à sua dinâmica de parentesco –, especula-se que se possa ampliar o alcance dos estudos sobre a conjugalidade das camadas populares, com suas peculiaridades, sem lhe negar a intimidade e a privacidade, e nem necessariamente subsumi-la à dependência de agentes externos.

Inicialmente, pode-se partir das multifacetadas configurações conjugais, ou seja, as lógicas conjugais são variáveis e por isso, deve-se atentar para a diversidade de percepções sobre o que produz o vínculo e a convivência conjugal; assim, o modelo igualitário é um dentre as possibilidades de relações. Verifica-se que os modelos conjugais podem se estender desde a noção de casal como unidade fechada, alheia ao parentesco e com pouca interferência de elementos externos, quanto a uma relação regida por normas, decorrentes do universo social dos atores fortemente ligados a redes (vizinhos, amigos, parentes). Propomos considerar a capacidade de reflexão dos cônjuges (no sentido de uma relação igualitária) como uma característica extrínseca da conjugalidade contemporânea e não uma condição essencial. Desse modo, evitamos confundir uma definição extrínseca com uma intrínseca.

No que tange à carga depositada na mutualidade dos cônjuges, se a vivência conjugal for, dentre outros sentidos, entendida como o principal suporte subjetivo, como o indivíduo orienta sua existência tendo em vista a instabilidade das relações contemporâneas e a crescente tendência de dissolução, os divórcios?

Sem dúvida, a instabilidade conjugal é o reflexo de profundas transformações históricas, não apenas do movimento feminista, mas também da tendência que consiste em colocar o indivíduo sob a luz dos holofotes, com isso, produziu a valorização da satisfação, do prazer e, em contrapartida, ao recusar qualquer amarra, contribuiu para a fragilização dos laços humanos – o próprio divórcio é uma das conseqüências da focalização nas relações (SINGLY, 2007). Desse modo, supõe-se que a conjugalidade é um dos mais importantes, embora não o único suporte para os indivíduos, já que num mundo permeado pelas incertezas, mas balizado pelo individualismo, o ser social não está ligado a um único elo. Por isso,

evidenciam-se dois eixos de orientação: via seu processo auto-reflexivo ele atribui sentido e valor; e de outro modo, no segundo momento, constrói e compartilha com outrem um mundo em comum.

De fato, a relação a dois cria o ambiente propício para o desenvolvimento da subjetividade, com o cultivo da interioridade e as trocas afetivas. Porém, se reduzirmos este papel à vida conjugal estaremos depositando uma carga muito pesada na dependência entre os cônjuges – o que compromete a liberdade – e atribuindo demasiada importância ao casal frente aos condicionantes sociais e culturais. Nesse sentido, seguimos então os estudos de Archer (1988), com sua dupla morfogênese, em que a agência, isto é, a ação autoconsciente e reflexiva, conduz ao aperfeiçoamento estrutural e cultural, a um só tempo em que ela é aperfeiçoada também no processo.

A conjugalidade dos casais sorodiscordantes estudados nos parece se aproximar de relações marcadas por assimetrias de gênero, sendo estas mediadas pela diferença sorológica. O que não significa dizer que todos os pares configuram a vida a dois a partir da dominação masculina, e sim, que a condição de pessoa HIV+ e pessoa HIV- são vivenciadas distintamente por homens e mulheres e que a diferença sorológica talvez hierarquize o status do sujeito HIV+, com isso, a soropositividade pode alterar as relações de poder no relacionamento, inclusive, talvez questione o poder masculino quando o parceiro HIV+ é homem. Desse modo, tem-se como hipótese que a doença possa reconfigurar tanto a troca intersubjetiva entre os cônjuges (com suas negociações de gênero) quanto redimensionar as relações com a rede de sociabilidade. Por isso, a vida conjugal será analisada aqui a partir dos meandros das relações de intimidade e de privacidade, assim como, na sua articulação com a dinâmica externa.

Assim entende-se que na relação conjugal, a qualidade dual dos imperativos sociais e dos atores se dá da seguinte forma: as interações entre os membros da díade e o seu mundo social moldam e são moldadas de acordo com os produtos combinados das relações intersubjetivas; já os atores, produzem e são produzidos por esta relação entre a agência e os condicionantes sociais. Enfim, o entendimento da conjugalidade a partir desse movimento dual nos vai ser útil para perceber como os casais constroem seu universo compartilhado considerando o mundo sociocultural e, do mesmo modo, re-significam as conexões com o social à luz da vida conjugal. Haja vista que a conjugalidade sorodiscordante lança como desafio a investigação do casal como unidade de análise, e a um só tempo, pode acionar diferentes interpretações individuais sobre a convivência com o HIV/Aids.

1.1.1. Casamentos, conjugalidades e as histórias de amor

O ideário moderno de indivíduo emancipado delineou todo um debate sobre o casamento, a institucionalização deste e a realização pessoal dos cônjuges. Do ponto de vista do laço institucional, o casamento tende a ser percebido como um agente normatizador e formalizado, e é por esse entendimento que se tem como pedra de toque as suas implicações para a lógica de valorização da qualidade intrínseca da conjugalidade. Nas palavras de Jürg Willi (1995, p.38), no livro “O casal em crise”:

Não combina então com a imagem moderna de realização pessoal: não é bem visto, é tido como uma prisão, um amor forçado, formal e institucionalizado que restringe o espaço evolutivo e obriga os cônjuges a levarem uma vida burguesa, caseira e chata. O casamento não condiz com a imagem de um ser humano emancipado e autônomo.

O casamento referido acima é entendido nos termos de uma relação gerida mais pelos reguladores sociais do que pelo bem-estar do relacionamento em si. O aparente dualismo entre os termos conjugalidade e casamento, na verdade, é uma crítica a todo arcabouço que ouse macular a primazia da qualidade e dos prazeres da conjugalidade, em prol do laço contratual. É devido a esse caráter institucional (não apenas de caráter jurídico, mas como formalização da relação) que se pode dizer, enquanto problema conceitual, que a delimitação das noções de casamento e conjugalidade causa certa confusão. Seria pertinente ressaltar que a institucionalização de uma relação conjugal no Brasil ela não depende necessariamente do contrato civil ou do registro do casamento religioso – haja vista que de acordo com o Novo Código Civil brasileiro existem outros critérios para legitimar a união estável¹⁷ –, entretanto, do ponto de vista da diáde e de seu contexto social, pode ser que a institucionalização atribua maior valor social ao relacionamento.

Autores como Andolfi & Agnelo (1995), Fonseca (2002), Heilborn (2004), ora tratam o casamento como a estrutura institucionalizada em que a conjugalidade acontece, ora os condensam em uma mesma definição. No caso de Heilborn (2004, p.14), ela é precisa ao definir a conjugalidade como “uma relação social que se institui em par”, porém, ao longo do

¹⁷ De acordo com o Novo Código Civil brasileiro, a União Estável é a relação de convivência entre o homem e a mulher (também sendo extensiva aos casais homossexuais) que é duradoura e estabelecida com o objetivo de constituição familiar. Não é necessária a coabitação, mas será considerada união estável desde que existam elementos que o provem a estabilidade da relação, como por exemplo, a existência de filhos.

seu livro usa os termos como sinônimos na explicação das uniões conjugais. “A expressão conjugalidade pode ser encarada como certo galicismo, e, de fato, o é. O termo inexistente em português, mas entendo que o neologismo se sustente” (HEILBORN, 2004, p. 12). Giddens (1993, p.68) esclarece a mudança de foco das ciências sociais ressaltando que “fala-se mais em relacionamentos do que do casamento em si”; e isto é reflexo da organização de novas formas de vínculos pessoais.

Talvez o neologismo do termo conjugalidade em relação ao casamento seja uma tentativa de atribuir a real importância ao relacionamento deixando de lado diferenciações formais entre não-coabitação, união informal e casamento. Nesse sentido, “essa mudança não deixa de ser significativa, pois anuncia um deslizamento do estudo das normas para aquelas das práticas”. (PERRUSI; FRANCH, et.al, 2010, p.11)

Parece-nos que na esteira das lutas contemporâneas por novas classificações simbólicas reconfiguram-se os termos para assim esvaziar as suas antigas representações. Pode-se perceber como exemplo das novas classificações a mudança do termo aidético para o de pessoa soropositiva, e mais contemporaneamente, já se ressignificou este último para pessoas que (com)vivem com o HIV/Aids. No caso do casamento, buscar-se-ia então outro ordenamento moral que desvinculasse o imaginário de relacionamento do laço formal indissolúvel e que reafirmasse a valorização dos aspectos intrínsecos da relação diádica. Visto que, “[...] o casamento não é mais uma instituição que, ao mesmo tempo, marca o início da vida em comum e protege. A vida conjugal tornou-se instável ou, mais exatamente, sua fragilidade mudou em relação a outras épocas” (SINGLY, 2007, p.128).

Ao lado disso, para não incorrerem em erro, não propomos aqui a diferenciação do casamento e da conjugalidade, como campos distintos de investigação, mas enfatizar a nossa proposta de direcionar o olhar para o arranjo cotidiano, o universo mútuo do casal, a prática conjugal, seja este um vínculo institucional, ou não. Até mesmo porque, se quiséssemos centralizar a noção de casamento na questão institucional, estaríamos na contramão da nova visão “desinstitucionalizada, dessacralizada, e democrática do casamento” (TORRES, 1997, p. 216).

Ainda assim, devemos considerar que o casamento assumiu diferentes formas ao longo da história, estando na esteira das transformações novas organizações familiares e dos cônjuges na vida a dois.

Como bem explica Foucault em “História da Sexualidade I”, quando o casamento passa a ser uma escolha individual o dispositivo de aliança, que ordenava as uniões baseado em linhagens e na perpetuação dos símbolos de nobreza, foi englobado pelo dispositivo de

sexualidade, de modo que os domínios sexuais se tornaram centro de preocupações, sobretudo, de controles sociais. O dispositivo de aliança representa mais que a união de duas pessoas, e sim, a aliança entre dois grupos. “O que efetivamente se troca nos sistemas culturalmente determinados por alianças são propriedades simbólicas, direitos, signos e valores, por meio de pessoas” (VIVEIROS DE CASTRO, 1990, pp. 89-90). Já o dispositivo de sexualidade relaciona a escolha do parceiro à vida sexual.

Diferentemente de Foucault, que foi buscar na sexualidade a libertação do vínculo conjugal dos laços de parentesco, Giddens (1993) atribuiu aos ideais de amor romântico a reconciliação entre escolha individual e o casamento. Na Europa medieval, os casamentos arranjados não eram considerados *locus* para o amor e a atração sexual. Eram as relações extraconjugais responsáveis pelos prazeres sexuais dos homens, visto que, às mulheres era negado o prazer sexual. A paixão era entendida como uma força que retirava o indivíduo da rotina, causando um encantamento perturbador, quando não devastador para os amantes.

A separação entre o amor no casamento, esvaziado de prazer sexual, e o amor extraconjugal, o amor-paixão, era expressão da função social a que cada relação se prestava. Um sentimento desestruturador como a paixão, com seu caráter libertador, não caberia na serenidade de um casamento altamente regulado pelos deveres sociais. Entretanto, na esteira de transformações históricas no seio familiar – como a diminuição da família dita extensa –, bem como, sua conjunção com os ideais modernos de autonomia individual, a partir do século XVIII, o quadro se altera, o erotismo e o amor se unem em um só modelo de casamento baseado no “amor romântico”. Ao longo da história, o amor assumiu diferentes formas e adquiriu contornos específicos de acordo com os contextos históricos e sociais. Desse modo, enquanto uma característica singular da sociedade moderna, a idealização do modelo do “amor romântico” alimentou a assertiva de que este sentimento seria uma condição necessária para a união conjugal.

O amor romântico introduziu a ideia de uma narrativa para uma vida individual – fórmula que estendeu radicalmente à reflexividade do amor sublime. Contar uma história é um dos sentidos do “romance”, mas esta história torna-se agora individualizada, inserindo o eu e o outro em uma narrativa pessoal, sem ligação particular com os processos sociais mais amplos. O início do amor romântico coincidiu mais ou menos com a emergência da novela: a conexão era a forma narrativa recém-descoberta. (GIDDENS, 1993, p. 50)

A poesia produzida pelos trovadores na Europa teria sido o alicerce para resgatar o amor (pecador) do lugar marginal em que o cristianismo do século XII o havia colocado.

Através do uso dos ideais de amor sublime da cristandade, o amor se transforma em virtude e começa a se inserir no seio conjugal.

Para Dennis Rougemont (1939) em “A História do Amor no Ocidente”, o amor romântico era caracterizado pelo sentimento inalcançável, ou seja, ele não era correspondido. Fazendo uso de outra interpretação do amor, Giddens defende que este passa a ser um misto de projeção e realidade e, neste sentido, é vivenciado pelo casal. De acordo com esta visão, o surgimento do amor romântico está atrelado ao individualismo – como a escolha do parceiro em contraposição ao casamento arranjado –, sendo considerado um aspecto peculiar do Ocidente (GIDDENS, 1993).

Todavia, seria pertinente enfatizar o questionamento feito por Jack Goody (2008) à tese de que o aspecto secular do amor seja exclusividade européia. As poesias de amor no sânscrito antigo da Índia, as cartas de amor da Antiga China (IX) – em que este sentimento era visto como “celebração” –, são provas de que os trovadores não foram os únicos a secularizar o amor. De modo paradoxal à proposta ocidental de reivindicar o reino das emoções à Europa, Goody (2008) nos lembra que o sentimento amoroso esteve presente nas mais diversas relações e estas podem ser encontradas fora do monopólio europeu, assim como, anteriormente à supremacia do denominado “amor romântico”.

A crítica tecida por Goody (2008) se refere a um determinado “padrão de amor” que se reduz a dicotomia entre a existência ou não do amor romântico. Assim, escapando a tendência etnocêntrica que atribui ao Ocidente o “complexo do amor romântico”, o autor defende que o uso do sentimento amoroso como critério para uniões entre duas pessoas se fez presente em várias sociedades não-modernas e não-ocidentais. A tese de Goody (2008) é que, de fato, havia um *continuum* entre as diferentes formas de encarar o sentimento e, portanto, o que se deve analisar é porque este tipo de padrão amoroso se tornou uma ideologia, sobretudo, na sociedade americana e européia contemporânea.

O “mito” do amor romântico ligou a relação conjugal a um controle do destino, a uma vivência do sentimento amoroso e do erotismo que fez do casamento um projeto de vida, um vínculo afetivo durável. Assim, o romance simbolizaria a precedência dos sentimentos diante das demais relações sociais, bem como atribui um caráter projetivo de futuro ao casamento – “o ideal para sempre” –, e este por sua vez também o apreende nas teias do compromisso.

Segundo Simmel (2004), que inclusive é contrário à ideia de se escrever um processo histórico baseado em um único fenômeno, o movimento que levou ao surgimento do amor no casamento é inverso. Foi a exigência de circunstâncias sociais e econômicas, como a

necessidade de garantias sobre a paternidade dos filhos¹⁸, que incitou a formação de alianças duráveis; logo, o cultivo das relações conjugais, a cotidianidade, a vivência a dois teria levado à criação do sentimento de amor. Então, de acordo com a explicação simmeliana, e em contraposição à tese de amor romântico de Giddens (1993) e Dennis Rougement (1939), houve uma inversão de efeito em causa, quer dizer, o amor é uma consequência do casamento, da interação conjugal, não o inverso.

A este respeito, considerando que o amor se insere na teia de valores e em contextos sociais específicos, parte-se de uma perspectiva construtivista de que este sentimento é socialmente moldado e identificado. Entende-se, tal qual Anália Torres (2004b), que o amor é uma força que motiva a ação social e que é capaz de produzir novas relações sociais; no caso do objeto estudado, fala-se do amor conjugal como “mola propulsora” (referendada pelos valores da sociedade) de alguns tipos de configurações diádicas. Inspirando-se em Goode (1959), Torres (2004b) compreende o amor como parte constitutiva da ação e da estrutura social, e com isso, ao situá-lo no âmbito social, também o torna alvo de controles sociais. Nesse sentido, o amor conjugal adquire diferentes formas, de acordo com os distintos contextos sociais e históricos; assim, sua longa e sinuosa trajetória demonstra a criação de ideologias e de padrões socioculturais que modelam as uniões matrimônias.

Se na contemporaneidade, o modo de exprimir o sentimento de amor se revela na produção de intimidade, na afetividade, na singularidade do ser amado e na proximidade entre os corpos, este se torna um ponto nodal para a compreensão da conjugalidade sorodiscordante, visto que, a diferença sorológica pode atingir essas formas de identificação do sentimento. Sem dúvida, pensar a conjugalidade a partir do sentimento amoroso nos leva a algumas indagações, tendo em vista os seus impactos na dinâmica conjugal. Desse modo, em que medida o amor aproxima ou distancia os indivíduos? O amor seria produtor de solidariedade entre os cônjuges sorodiscordantes? A situação de sorodiscordância traz implicações para a relação amorosa, ou, é o sentimento amoroso que pode modificar a convivência com o HIV?

Temos como hipótese que o amor possa aparecer em alguns modelos conjugais como laço que une o casal, e por sua vez, o cultivo deste sentimento perpassa o companheirismo e a cumplicidade entre a díade. De outro modo, o sentimento amoroso também pode igualmente

¹⁸ Se aproximando da tese de Frederick Engels sobre a origem da família, Simmel defendeu que devido às questões de propriedade e herança foi exigido fidelidade da mulher, desse modo, teve-se como resultado o casamento monogâmico; de outro modo, o condicionante social que associou o procriador à paternidade forjou novas formações familiares.

ser construído através da relação de confiança e por meio da proximidade, da proteção e da solidariedade entre os cônjuges.

Destarte, vale salientar que o amor será entendido aqui como prática social, aos moldes de Torres (2004) e Bozon (2004), como um código compartilhado, tal qual defende Luhmann (1982), por acreditarmos que só assim ampliaremos o escopo da concepção de amor e compreenderemos a vivência da prática amorosa. Considerando assim a complexidade que Oltamari (2009, p.5) nos adverte de “entendermos que o amor passa a ser direcionado não mais apenas ao companheirismo, mas também ao prazer atrelado à sexualidade, amor e paixão se aproximam muito”. Supõe-se então, que os valores compartilhados pela díade (sejam este de acordo com seu grupo social, parentes ou premissas pessoais) é que vão orientar o destino da relação.

Ainda assim, especula-se que pode haver casos em que os casais entendam que a vida sexual é primordial para a relação, e se esta não puder existir sem estar vinculada ao sentimento amoroso, a dissolução do casamento é um caminho provável. Não obstante, a amizade, a cumplicidade e o companheirismo podem ser os valores compartilhados e prioritários, com isso, a conjugalidade pode se manter sem que haja vida sexual ativa. A questão é qual o significado atribuído à relação sem uma vida sexual regular em um país em que a sexualidade se torna um dos medidores da situação conjugal – lembremos das diversas pesquisas apresentadas em jornais brasileiros em que a frequência semanal e a satisfação sexual são alvos de atenção.

Na verdade, é a forma como o arranjo conjugal é constituído pela díade que vai direcionar o modo como a relação se manterá, ou não; da mesma forma em que a entrada dos parceiros na vida conjugal também diz muito sobre a valorização de cada membro na relação. Assim, as diferentes formas de casamento talvez indiquem o valor que é atribuído aos indivíduos na conjugalidade.

Ao longo dos séculos, mudanças significativas como a escolha dos parceiros, a desvalorização da herança material e simbólica em nome da realização pessoal, bem como a diminuição dos laços de dependência em relação à parentela, a disseminação do uso de preservativos e anticoncepcionais, e o papel do movimento feminista contribuíram para reorganização das relações de gênero; porém, não esvaziaram as desigualdades. Assim, o ideal conjugal baseado na liberdade e na equidade entre gêneros pode não ser uma realidade para os casais investigados. Desse modo, a seguir, enveredaremos pelas relações de gênero por meio do universo da conjugalidade de casais sorodiscordantes para o HIV e suas implicações para a vida sexual da díade.

1.1.2. A conjugalidade no limiar da sorodiscordância

Desde a descoberta da doença, o cenário da Aids vem se transformando, o que tem produzido demandas de estudos não apenas do ponto de vista epidemiológico, mas, sobretudo, no campo das ciências sociais – urge a reflexão sobre a convivência com o vírus. As razões para tal enfoque estão associadas às implicações trazidas pelos avanços dos tratamentos, a política brasileira de acesso universal a estes, o novo perfil epidemiológico (interiorização, pauperização e feminilização da doença) e a re-significação da Aids enquanto doença crônica.

São muitos os desafios que a epidemia de HIV/Aids coloca para as ciências sociais, e eles vão desde a investigação dos desdobramentos da inserção do vírus na sociabilidade, nas relações de gênero, no estabelecimento da conjugalidade, na subjetividade dos portadores, no estigma sofrido pelas pessoas infectadas, até o debate sobre a realização segura do direito à reprodução. Enquanto uma doença sexualmente transmissível, a Aids coloca grandes indagações à vivência conjugal, especificamente, ao exercício da sexualidade. E é nesse contexto de complexidade da epidemia que a conjugalidade nos parece adquirir especial relevância.

No Brasil, há uma intensificação de estudos socioantropológicos sobre os casais sorodiscordantes, como os de Passarelli & Spink (1998), Knauth (1999), Maksud (2007), Perrusi; Franch, et.al (2010), Silva & Couto (2010), e abordagens psicológicas como a de Polejack (2001), que apontam para a complexidade da problemática e asseveram a necessidade de ir além das investigações epidemiológicas através da investigação dos aspectos simbólicos, sociais e psíquicos da sorodiscordância.

Ora, a partir da análise da conjugalidade sorodiscordante se abre o caminho para a discussão sobre a vulnerabilidade social ao vírus, as políticas de prevenção, as relações de gênero (com a problematização da negociação dos métodos preventivos) e a redefinição das práticas sexuais. A eficácia das terapias tem aumentado a saúde e a qualidade de vida dos portadores de HIV e isto faz com que as pessoas possam viver em relações estáveis e sexualmente ativas. Nesse sentido, os soropositivos acionam novas formas de enfrentamento da doença reavaliando assim os seus projetos de vida, bem como, as questões como sexualidade, intimidade e vida conjugal.

Embora haja, na nossa sociedade, certa invisibilidade da existência de casais sorodiscordantes, seja do ponto de vista dos serviços de saúde¹⁹, seja nas relações sociais, a formação de casais com sorologias distintas para o HIV indica que o aumento de informações sobre o tratamento (e seus resultados) contribui para que as pessoas entrem conscientemente em relacionamentos com pessoas soropositivas, o que pode levar a um aumento do diálogo entre os pares da díade. Entretanto, não se deve negligenciar as possibilidades de que para os casais que descobrem a soropositividade durante a relação, o vírus possa se colocar como uma ameaça à conjugalidade, ou reestruturar o modelo conjugal; e mais, também pode não se tornar um problema, o que demonstra a viabilidade de se conviver com o HIV.

Desse modo, seria pertinente enfatizar que a sorodiscordância será considerada em relação a outrem, ou seja, estamos tratando de dois indivíduos, do casal, e não apenas do portador, mas das pessoas que (com)vivem com o HIV. Assim sendo, será analisado como é construída, re-construída ou mantida a união conjugal sob a luz da sorodiscordância. Inclusive, foram os relacionamentos conjugais entre pessoas com sorologias distintas para o HIV que deram base para o surgimento da categoria analítica sorodiscordância, ou seja, ela está intrinsecamente ligada ao âmbito da conjugalidade (KNAUTH, 2003).

Sem dúvida, os significados da sorodiscordância podem variar para cada casal. O momento em que o vírus entra na relação (antes de iniciar o relacionamento ou durante) e o tipo de relacionamento (namoro, casamento, sem/com filhos) são fundamentais para o modo pelo qual a díade administrará a nova situação. Então, são múltiplos os caminhos que a relação pode seguir, assim como são muitos os questionamentos que esta situação suscita, tais como: a descoberta da soropositividade causaria mudanças na organização da vida conjugal? A revelação é produtora de redefinições das relações de gênero? De outro modo, será que a sorodiscordância é um fator determinante para o papel que cada pessoa assume no casal, ou estas estão associadas a outros elementos estruturais da conjugalidade?

No que tange aos papéis de gênero, supõe-se dois caminhos: de um lado, há a possibilidade de reafirmação das desigualdades (principalmente quando o membro soropositivo é do sexo feminino), caso a condição de portador acentue as assimetrias entre o par. De outro lado, o recebimento de benefícios do governo (e o acesso a uma rede de cidadania), a necessidade de gestão da sexualidade e da intimidade talvez incitem a uma maior negociação entre os cônjuges.

¹⁹ Nos serviços pesquisados não havia informações precisas sobre o número de casais sorodiscordantes, nem havia serviços para as suas demandas.

Mesmo com toda carga moral que a Aids/HIV carrega, tem-se a possibilidade da soropositividade contribuir para transformar a sexualidade num domínio de significação própria para o casal, bem como, corroborar para uma maior abertura dos cônjuges para ao diálogo sobre as práticas sexuais, visto que, o debate público sobre as medidas preventivas propõe um constante repensar e autocontrole dos comportamentos sexuais.

De todo modo, as representações do HIV podem contribuir para a forma como o casal vai direcionar a conjugalidade. Assim, nos casos de soropositividade masculina – em que ainda se carrega o estigma da homossexualidade – afirmar a relação extraconjugal heterossexual pode resolver o problema de um possível questionamento social sobre a masculinidade, porém, talvez deflagre o germe da traição na conjugalidade. A revelação da traição pode trazer como consequência o questionamento dos termos do compromisso, e em casos extremos, como afirma Luhmann (1996), a falta de confiança pode levar à destruição da relação.

Inicialmente, deve-se investigar se a condição de portador é vivenciada diferentemente entre os gêneros e qual o reflexo desta para a situação de sorodiscordância. Os valores morais que dão contorno ao lugar do homem e da mulher na sociedade contribuem para o ordenamento simbólico do “ser soropositivo”. Na esfera feminina, o significado social da Aids, enquanto doença ligada à promiscuidade sexual, parece confundir a separação tradicional da mulher respeitável, mãe e dona de casa, da “mulher aventureira” (exercício da vida sexual independente da conjugalidade). Embora a Aids se configure hoje como uma ameaça à população como um todo, por vezes, a aquisição do vírus é ressignificada sob a luz da legitimidade conjugal (KNAUTH, 1999) como modo de evitar os julgamentos morais; o que do ponto de vista do casal sorodiscordante pode ser determinante para o não-questionamento da confiança ou o levantamento de suspeita de traição.

O modo como a relação de confiança é significada pode ser diferente para os casais que iniciam a conjugalidade tendo conhecimento da soropositividade. A revelação do diagnóstico, o ato de compartilhar o segredo (nos casos em que a condição de portador não tenha sido publicizada) pode ser simbolizado como elo do casal e instrumento de solidificação do compromisso. Assim sendo, a questão que surge é: como passa a ser a relação de confiança dos casais sorodiscordantes após o diagnóstico de soropositividade de um dos membros? O momento e a forma como foi feita a revelação, se foi via profissionais de saúde, parentes ou o parceiro(a), a explicação sobre a forma de contágio, o tempo de vida conjugal podem influenciar na organização ou quebra da confiabilidade entre os cônjuges?

De outra forma, a revelação do diagnóstico para casais que já estão juntos pode invocar questões como traição, insegurança em relação ao futuro e quebra da confiança. Sendo assim, a descoberta da soropositividade traz conflitos para relação, ou exacerba os que já existiam? A omissão de informações, o silêncio ou a falta de diálogo podem causar desconfiança, porém, talvez tanto a vivência do casal possa esvaziar as dúvidas (com a história e provas de confiança), como a decisão de “esquecer o passado” seja a solução encontrada. O problema é se houver abalo nas bases de confiança e isto significar uma permanente vigilância das atitudes do parceiro. Esta situação pode embaralhar o cotidiano do casal levando a crises.

Tem-se, então, como hipótese que a descoberta da soropositividade pode provocar, inicialmente, para alguns casais, tanto a suspensão das relações sexuais como até a possível dissolução do relacionamento. Todavia, após a tomada de decisão de continuar junto (deve-se considerar que neste estudo não se investigou os casais que decidiram se separar após a descoberta da diferença sorológica), seria provável a reorganização da relação diádica; o que necessariamente não significa o surgimento de um novo modelo conjugal. Tal qual indicam Franch & Perrusi (2009), este momento de revelação da soropositividade talvez leve ao surgimento de um “estado de liminaridade”, de transição em que a conjugalidade se desestrutura para em seguida reclassificar suas normas e símbolos compartilhados, enfim, para reelaborar os vínculos.

De acordo com Turner (1974, p.117), a liminaridade é uma condição em que “se escapa à rede de classificações que normalmente determinam a localização de estados e posições num espaço cultural”. Desse ponto de partida, a situação inicial de sorodiscordância seria para os cônjuges uma condição transitória e de embaralhamento das posições e práticas até que se chegue à reordenação dos laços. De outro modo, se para os casais sorodiscordantes a liminaridade se tornar uma condição permanente e não proporcionar a organização dos *modus vivendi*, a efemeridade das normas e vínculo pode se tornar um problema fulcral para a vida conjugal.

Para outros casais, as mudanças no cotidiano podem resultar na desorganização da referencialidade e estabilidade encontradas na conjugalidade; o que corre o risco de causar danos à relação mútua de confiança e aos parâmetros de orientação das ações advindos da vida a dois. Aqui, o suposto projeto de “desenvolvimento do eu” via conjugalidade, defendido por Giddens (1993) e Heilborn (2004), poderia entrar momentaneamente em colapso devido ao período de crise e os membros do casal podem buscar apoio entre os familiares, os amigos, ou decidirem pelo silêncio.

Ainda assim, a situação de sorodiscordância também pode modificar as relações entre o casal e a rede de parentesco e amigos. Tendo em vista a simbologia atribuída ao vírus por cada díade, esconder de amigos e parentes a condição de sorologia distinta para o HIV pode ser uma forma de proteger o casal de possíveis preconceitos ou julgamentos de valor. Desse modo, o segredo sobre o diagnóstico pode ressignificar os sentimentos de confiança e segurança antes depositados na rede.

Considerando os casais com filhos pequenos (ainda em período de teste sobre a transmissão) ou “grávidos”, a situação pode ser mais difícil, devido ao receio de culpabilização por parte de outrem quanto à responsabilidade sobre o risco de transmissão para os filhos, além do risco de estigmatização da criança. As implicações destas questões para a conjugalidade do par sorodiscordante podem se fazer presentes de diferentes formas, entretanto, uma reação negativa dos parentes e amigos à revelação do diagnóstico (o que causa afastamento) pode até provocar uma pressão externa para que o casal se separe. E na situação em que há uma forte dependência em relação aos parentes (BOTT, 1976) seja financeira ou emocional, a sorodiscordância talvez seja um agente complicador para a cotidianidade do casal.

De outro modo, para os casais que resolvem contar sobre a soropositividade e recebem uma resposta positiva, compartilhar o segredo pode proporcionar o reforço dos laços e formar um sistema de apoio. Aqui, o segredo compartilhado assume seu sentido sociológico ao confirmar as relações recíprocas entre os indivíduos através do laço de confiança (CARVALHO, 2009). Como bem afirma Simmel (2004), o papel do segredo é acima de tudo proteção; e pode-se acrescentar que o valor moral atribuído ao indivíduo digno de compartilhar o segredo faz com que este se torne um ser especial diante de todos os outros que não sabem sobre o diagnóstico. E é neste tocante que se percebe a necessidade de refletir sobre a convivência com o segredo (PERRUSI; FRANCH; et.al, 2010).

A ocultação da informação pode gerar sofrimento à díade, devido à ausência de espaços para dividir a convivência com o HIV, como também pode retirar a espontaneidade das relações com outrem, tendo em vista a necessidade de autocontrole sobre o que deve ser dito – o que pode trazer problemas para a interação do casal com sua rede de amigos, parentes e vizinhos, ou reconfigurar novas sociabilidades como, por exemplo, os grupos de apoio. Acredita-se que o estigma sofrido pelas pessoas que (com)vivem com o HIV (isso inclui o par soronegativo) pode reordenar as interações da díade, o que traz modificações para sua cotidianidade, sobretudo, a possibilidade do casal formar em seu entorno uma bolha sufocante em decorrência da escolha pelo sigilo.

O HIV/Aids pode imputar na conjugalidade as relações entre amor e perda, desejo e risco. Aqui, os casais talvez vivam a ambiguidade de se envolver emocionalmente e o presente medo de ser trocado por outra pessoa ou de infectar o parceiro (no caso dos soropositivos); ou no caso do soronegativo, a possibilidade de ser infectado, bem como, da doença se instalar no parceiro, levando-o à morte. Outro agente complicador, a saber, o caráter transmissível do vírus, expressa os diferentes impactos na vida conjugal. Os sentimentos de proximidade e intimidade são postos à prova, já que o risco de contaminação exige o cuidado. Com isso, a espontaneidade do desejo aparece como aspecto cognitivo a ser racionalizado em práticas protetoras. A pressão feita pelos profissionais de saúde e pelas campanhas preventivas solicita que os roteiros sexuais (GAGNON, 2006) sejam recodificados à luz de práticas sexuais seguras. Seguindo a teoria de John Gagnon, o comportamento sexual é organizado via esquemas de interações entre a ação simbólica e o contexto social, “Os roteiros acionados pelos atores sociais são suas interpretações das normas sociais, dos mitos culturais e das formas de conhecimento carnal” (GAGNON, 2006, p. 22), e é por isso que o conceito de roteiros sexuais nos é útil para investigar se os casais sorodiscordantes reconfiguram seu comportamento sexual a partir de certa percepção sobre a prevenção e o risco (construídas conjuntamente com os profissionais dos serviços de saúde), ou se existem resistências a transformações no exercício da sexualidade devido às visões de mundo sobre as relações sexuais.

A reelaboração dos roteiros sexuais não diz respeito apenas à tomada de condutas protegidas, mas à capacidade de reflexão e auto-avaliação das práticas juntamente à possibilidade de negociá-las. Primeiramente, acredita-se que os membros do casal têm a escolha de se expor ou não ao risco. O que se está em jogo é o modelo conjugal compartilhado, o momento vivido pela díade, tendo em vista que a correlação feita entre conjugalidade e companheirismo pode levar a uma necessidade de igualdade, de entrega completa e, nesse sentido, o risco pode ser secundarizado. Segundo, transformar a sexualidade em um domínio passível de negociação pode não ser uma possibilidade para alguns casais. Tal qual afirma Bozon (2004, p. 98), “existe uma tradução sexual das relações desiguais”.

O processo reflexivo dos membros da díade pode ser, sem embargo, negligenciado na situação de sorodiscordância, já que o vínculo emocional quem sabe até leve à simplificação da vulnerabilidade através da subestimação do risco. Os significados atribuídos ao vírus, mas, principalmente, à diferenciação sorológica, são determinantes para o modo de enfrentamento contra a doença. No caso dos casais com forte envolvimento com os serviços de saúde e

movimentos sociais, a capacidade reflexiva sobre as ações pode ser uma bandeira na luta contra a disseminação do vírus e um modo de preservar a saúde do casal.

No que tange à comunicação diádica, conforme explica Barbosa (1999) em “Negociação Sexual ou Sexo Negociado”, a negociação da sexualidade esteve vinculada durante muito tempo à prostituição; entretanto, com o surgimento dos métodos anticoncepcionais e o advento da Aids, esta se tornou estratégia de prevenção às doenças.

Enquanto atributo individual, a negociação pressupõe que ambos os cônjuges tenham o poder de voz no diálogo, e que é através do acordo que se chega a uma decisão. Não obstante, será que esta qualidade dos relacionamentos entre os gêneros se traduz na vida dos casais sorodiscordantes investigados? Não se propõe aqui associar a sorodiscordância a uma relação conjugal desvalorizada, mas analisar quais configurações diádicas esses casais compartilham, e qual sistema de valores rege suas práticas; ou seja, precisar de que casais estamos falando!

De antemão, devem-se considerar os valores implícitos na categoria conjugalidade que podem ser calcados em sentimentos de segurança, cumplicidade e intimidade. Desse modo, a própria noção de risco pode ser ressignificada, pois, como já foi dito, reconhecer o parceiro como uma ameaça pode implicar em um elemento gerador de distanciamento. Há também a possibilidade de negociar elementos diferentes do que os serviços de saúde propõem, como no caso da infecção consciente do vírus, em que são negociados sentimentos e a igualdade sorológica pode ser simbolizada como uma prova de amor – de modo que a diferença que impedia a condensação dos pares em “um só” seria extinta. Sendo assim, devemos levar em conta não apenas o grau de dificuldade envolvido no processo de negociação da díade (quando se refere às práticas seguras), mas como os casais (com)vivem com o HIV e que elementos da relação são negociados.

Desse modo, especula-se que se a ideia de negociação for restrita ao campo de avaliação entre o poder feminino e o masculino, será pouco provável que encontremos uma relação igualitariamente negociada entre os parceiros investigados. Porém, seguindo a tese de Barbosa (1999), se considerarmos a troca relacional encontrado nos jogos sexuais de sedução e nas relações afetivas, talvez os processos de negociação sejam possíveis.

Na mesma medida em que as relações de gênero são condicionantes importantes para o exercício da negociação, outro elemento nodal para a comunicação entre o casal se refere aos valores comungados pelo universo social do par. Tendo em vista que os significados atribuídos ao sexo, a divisão sexual do trabalho e o papel do marido e da mulher na vida sexual são revestidos e legitimados pelo campo sociocultural em que os cônjuges participam,

então, a análise da negociação na situação de sorodiscordância exige uma conexão entre o modelo conjugal (e suas possibilidades de troca dialógica) e as representações do grupo social em que o casal está envolto.

No que se refere aos grupos populares, Barbosa (1999) explica a negociação além da perspectiva de contrato (e além dos termos da Política Nacional de Saúde) e atribui a questões culturais a ressignificação da percepção de risco. Em um contexto em que a moralidade que rege a conjugalidade ainda mantém a divisão de gênero como marcador para a diferenciação entre a sexualidade feminina (enquanto dever conjugal) e a masculina (direcionada ao prazer), exacerba-se a dificuldade de lidar com o risco, ao invés de levar a uma maior preocupação com a prevenção. Não se trata aqui apenas da falta de informação sobre as formas de contágio ou métodos de prevenção, mas da impossibilidade ou, por vezes, negação, de mudar as práticas sexuais, de reconhecer a intromissão do vírus na vida a dois, ou ainda, da suscetibilidade ao vírus ameaçar o lugar de poder do homem HIV- na relação.

Embora no Brasil ainda seja forte a persistência de modelos conjugais baseados na tradição patriarcal, ou seja, menor poder feminino na relação conjugal, não se pode perder de vista a possibilidade das mulheres não terem o interesse em utilizar o preservativo. Especula-se que a própria simbologia do contato carnal e da mistura de fluídos nas relações sexuais possa trazer implicações para a decisão de casal em aderir a medidas preventivas. Por um lado, pode-se indagar sobre a possibilidade de não ser compatível para alguns casais a correlação entre amor e risco; logo, talvez o uso do preservativo não seja uma opção. De outro, fazendo uso das palavras de Barbosa (1999, p.85):

“[...] trazer a discussão da Aids para o interior do relacionamento significa colocar toda a relação em questão, não se traduzindo apenas ou necessariamente em uma falta de poder para tal”.

De fato, a Aids tem levado a sociedade a politizar a negociação sexual, atentando, sobretudo, para a vulnerabilidade feminina diante da pandemia. A passagem da centralização na noção de risco (enquanto responsabilidade individual) para um novo entendimento da Aids/HIV, a partir do reconhecimento da vulnerabilidade social, implica em novas formas de enfrentamento e segue em sentido contrário à culpabilização dos indivíduos que (com)vivem com o HIV. Seria pertinente enfatizar a especificidade dos sujeitos investigados uma vez que os parceiros suscetíveis a transmissão são em sua maioria do sexo masculino, o que exige que percebamos não apenas a vulnerabilidade feminina, mas sobremaneira, a masculina.

Talvez o alargamento da noção de vulnerabilidade – ou seja, o fato de que todo indivíduo está sujeito à infecção pelo HIV – resulte em um distanciamento das posturas acusatórias em relação às pessoas soropositivas (e suas correlações com a promiscuidade). Com isso, a percepção de risco das camadas populares e da sociedade como um todo possa se ampliar; desqualificando assim a noção de Aids como “doença do outro” (KNAUTH, 1999), bem como, diminuindo a carga de estigma sobre os que (com)vivem com o HIV.

Se a condição de soropositividade for vivenciada pelas mulheres como um exercício de reflexão sobre seu corpo e sua sexualidade, pode ser que haja rearranjos no modo como as práticas sexuais e a situação de sorodiscordância são organizadas pelo casal. Nessa perspectiva, a negociação sexual pode se tornar um caminho provável.

1.1.3. A sexualidade revestida pelo HIV

A disseminação do vírus do HIV pelo mundo foi acompanhada pela relação inextricável entre contaminação e relações sexuais. Por ter se configurado como o principal modo de transmissão, a atividade sexual passa a ser a mola propulsora de uma série de estudos sobre os fatores de risco da doença e os modos de intervenção. Assim, a partir da preocupação com os métodos de prevenção e o comportamentos de risco, a Aids deflagra, no campo epidemiológico uma lógica tecnicista de pensar a sexualidade e as práticas sexuais, sendo esta uma questão central para o controle da epidemia.

Com efeito, está lógica pressupõe, do ponto de vista da conjugalidade sorodiscordante, mudanças no comportamento e nas práticas sexuais, haja vista que o risco de contaminação do parceiro soronegativo é posto em xeque. Desse modo, considerando a sexualidade como integrante da dimensão sociocultural, esta passa a ser percebida neste trabalho a partir do lugar no qual os sujeitos investigados estão inseridos, ou seja, têm-se em conta, como defende Barbosa (1999, p.80) as “redes de significados e valores que modelam comportamentos, desejos e fantasias passíveis de redefinição e ressignificação”; e por isso, percebe-se como relevante a discussão e entendimento dos valores e das normas culturais que desenham a sexualidade.

Ao longo da história da Humanidade, a sexualidade foi revestida por diferentes discursos e práticas sociais, sejam estes de cunho religioso, biológico ou psicológico. A reivindicação de colocar o campo da sexualidade como um aspecto da vida sociocultural não

é antiga, ela faz parte de um empreendimento das Ciências Sociais em que a Antropologia tem um papel fundamental.

Desde o surgimento da Antropologia, a sexualidade tem sido tematizada como objeto de estudo. Embora a sexualidade ainda não tenha alcançado o *status* de uma especialização dentro da Antropologia, a relação de alteridade que o antropólogo pode manter com o objeto estudado (ao investigar um “outro” culturalmente mais distante) contribuiu para que os pesquisadores adentrassem no campo sexual que era, e ainda é, fortemente permeado pelos reguladores morais e pelo silêncio (LOYOLA, 1998).

Pensemos nos estudos de Lévi-Strauss (1976) sobre a interdição do incesto, e no trabalho de Malinowski sobre o “Sexo e Repressão na Sociedade Selvagem”, nos quais a sexualidade é percebida como alicerce para a organização social. Logo, esta não está apenas relacionada à ordem biológica, mas, principalmente, está sujeita à ordem social.

Na sociedade contemporânea, as múltiplas dimensões em que a sexualidade pode ser abordada se confirmam pelos diferentes enfoques dados pela Sociologia, Psicanálise, Psicologia, Medicina, dentre outras ciências, à problemática. Ainda que não seja consensual, o olhar privilegiado que tem sido dedicado à sexualidade nas últimas décadas comumente é relacionado a uma suposta “Revolução Sexual”, cuja data mítica foi maio de 1968 (GIDDENS, 1993).

A partir da década de 1960, a politização da sexualidade e da intimidade surge no cenário público na esteira da reivindicação de autonomia individual e de paridade entre os gêneros. A luta dos movimentos feministas, o avanço tecnológico de criação da pílula anticoncepcional, a expansão de uma ética hedonista de satisfação pessoal, modificaram o olhar social sobre a sexualidade, bem como, a relação entre sexo e casamento. Se as mudanças sociais, políticas e culturais ocorridas nas últimas décadas, nas quais as relações de gênero, o sexo e a sexualidade estão no centro, não podem ser entendidas como uma revolução; sem dúvida, as transformações nas concepções de conjugalidade, a “aceitação” da diversidade sexual e a proliferação de debates públicos sobre a sexualidade, revelam o novo papel que as questões relacionadas à esfera, antes dita privada, têm ocupado na vida social.

Assim sendo, o novo cenário embaralhou e redefiniu as relações entre a sexualidade, a reprodução, o desejo e o casamento. Se por um lado, o impacto da disseminação do uso da pílula anticoncepcional, a inclusão da mulher no mercado de trabalho e o reconhecimento do seu direito ao prazer contribuíram para a dissociação entre a atividade reprodutiva e a atividade sexual, estes também desaguaram em um aumento da vigilância médica sobre a vida sexual (tomemos como exemplo o controle ginecológico). A ressignificação da sexualidade

como instrumento fundamental para a realização pessoal e como fonte de bem-estar, tornou-a alvo de novas abordagens normativas justificadas pelo discurso de melhoria da qualidade da atividade sexual.

Dentre as modificações no exercício da sexualidade, a desvinculação do acesso à vida sexual por meio do campo matrimonial foi fundamental para pôr fim ao imaginário marginal do erotismo e suas amarras religiosas. Diante do lugar que a intimidade e os sentimentos têm ocupado atualmente, “a sexualidade tornou-se uma das experiências fundamentais para a construção da subjetividade e da relação consigo mesmo” (BOZON, 2004, p.95).

A partir deste cenário, a sexualidade passa a ser considerada um dos termômetros do relacionamento, uma das condições necessárias para uma relação estável e satisfatória. No Brasil, ela adquire uma importância singular, na medida em que as imagens da sexualidade são baseadas na história nacional de miscigenação – o que tornou o país um “paraíso sexual” –, assim, a vida sexual é um elemento central tanto para a conjugalidade quanto para a explicação da formação miscigenada do povo brasileiro.

O reflexo das demandas sociais, culturais e políticas da nova ordem sexual, no campo das Ciências Sociais, obteve maior expressão no pós-estruturalismo, principalmente com os estudos de Deleuze e Foucault. Como resposta ao estruturalismo, as palavras de ordem são desconstruir, dissolver as estruturas, descentralizar o poder e negar o sujeito cartesiano. No que se refere à sexualidade, a mudança de perspectiva está em situar o sexo no foco de disputas políticas – por isso tem sido aporte para alguns movimentos gays e feministas que fazem uso da “Filosofia da Diferença” em que o reconhecimento social se dá por meio do pluralismo (seja sexual ou étnico) em detrimento de um ideário de igualdade que mantém as assimetrias, principalmente, o sistema binário de classificação de gêneros – via revelação dos discursos, saberes e poderes que inventaram o sexo enquanto verdade do sujeito e a sexualidade como objeto de controle.

Entretanto, não apenas no pós-estruturalismo a sexualidade se torna um ponto nodal. Para diferentes autores como Giddens (1993), Guillebaud (1999), Heilborn (1999), Parker (1999), Bozon (2004) e Gagnon (2006), a vida sexual ganha ênfase na contemporaneidade devido a sua relação umbilical com o exercício da individualidade. A autonomia sexual seria condição *sine qua non* para a autonomia individual. Assim, como um motor para a organização da conjugalidade e instrumento de subjetivação, o enfoque está em investigar a sexualidade a partir de uma ordem moral e sociocultural.

A desnaturalização das práticas sexuais em detrimento da construção da sexualidade enquanto aprendizado social levou, dentre outros encaminhamentos, a um retorno à clássica divisão da *episteme* moderna entre a natureza e a cultura. De acordo com esta perspectiva, o sexo seria do domínio biológico e o gênero seria entendido como expressão cultural. O fundamento biológico que solidificou a construção de masculinidades e feminilidades a partir da natureza humana é desqualificado em prol da revelação das estratégias da política sexual que funcionou como mantenedora da hierarquização entre os gêneros.

Sem dúvida, uma abordagem essencialista, em que o sexo, o gênero e a reprodução são considerados como domínios inseparáveis, só faz depositar no corpo o fundamento da diferença social. Contudo, ao fazermos uso de teorias baseadas na perspectiva construtivista – em que a sexualidade é um empreendimento sociocultural e histórico –, também atentaremos para o problema de se levar ao extremo essa abordagem, o que pode resultar no esvaziamento de todo conteúdo biológico do sexo, tornando-o assim cultural (VANCE, 1995).

Com o advento da Aids os discursos sobre as práticas sexuais são reorganizados em torno de uma perspectiva sanitarista, mostrando uma correlação perigosa entre biologia e estigma social (as justificativas elaboradas para explicar os grupos de risco), e seus processos de exclusão com base na negatividade do exercício da sexualidade livre. A emergência da pandemia interagiu com os questionamentos sobre a sexualidade elaborados pelos movimentos sociais (feminista, gay e lésbico), assim como, chamou atenção para os temas de saúde reprodutiva de mulheres e homens. Com isso, a situação de sorodiscordância provoca indagações sobre a relação entre configuração conjugal e a resposta ao HIV – e o possível descompasso entre as tentativas de normatização da vida sexual e as práticas sexuais.

Do ponto de vista dos estudos da sexualidade através da contaminação pelo HIV, como já foi dito anteriormente, há uma tendência em focalizar o campo epidemiológico e comportamental (VANCE, 1995; LOYOLA, 1998), o que expressa, entre outras questões, o direcionamento para a problemática da prevenção e do risco. Esta centralização no risco é utilizada como justificativa para se investir cada vez mais no controle social e biomédico sobre a vida sexual das pessoas que (com)vivem com o HIV. Entretanto, tanto a Aids/HIV quanto a situação de sorodiscordância demandam o estudo da sexualidade em sua complexidade, o que tem trazido para as Ciências Sociais um despertar para as estratégias utilizadas como forma de resistência a este controle. Aqui, à luz de questões socioantropológicas, a experiência sexual é pensada a partir das configurações conjugais, das relações de gênero e da doença enquanto “esquema de orientação de valor” (PERRUSI &

FRANCH, 2009); ou seja, a Aids como um dispositivo de ordenamento moral das interações entre os indivíduos que (com)vivem com o HIV/Aids.

Entendendo que em toda sociedade se organiza e diferencia a sexualidade conjugal da extraconjugal, a sexualidade de adolescentes da vida sexual da terceira idade, investigar como os casais sorodiscordantes se organizam e se posicionam face às normas e sanções, e mais, como ordenam as suas condutas sexuais a partir dos significados atribuídos ao HIV, é sem dúvida um desafio.

Tendo em vista que os cenários culturais, as relações intersubjetivas e as disposições individuais fornecem elementos para a formação de repertórios sexuais, a teoria dos roteiros sexuais de Gagnon (2006) permite não apenas a verificação das práticas de risco, mas a compreensão de como a interpretação que os indivíduos fazem das normas sociais, da sua performance sexual e dos mitos culturais revestem a situação de sorologia distinta para o HIV. Além do mais, é necessário refletir sobre as implicações do imaginário social da sexualidade para a convivência com o HIV/Aids, já que a mudança de ritmo, a limitação de algumas práticas sexuais e o próprio uso da camisinha podem ocasionar problemas no exercício da sexualidade.

Baseado em uma perspectiva interacionista de definição da situação, Gagnon defende que a organização de um esquema cognitivo sexual envolve a interação complexa entre os sujeitos da relação e o contexto no qual estão inseridos. Os roteiros sexuais “[...] estão implicados no aprendizado dos significados dos estados internos, na organização das sequências dos atos especificamente sexuais, na decodificação de situações novas [...]” (GAGNON & SIMON, 1973, p. 17). Assim, os roteiros sexuais conferem sentidos às experiências sexuais, e estas por sua vez, são práticas que se desenvolvem a partir de situações específicas.

De acordo com Gagnon (2006), os atores sociais desenvolvem roteiros em que a prática sexual é significada de acordo com seus contextos culturais e suas relações interativas. Sendo assim, os indivíduos desempenham *scripts*, interativamente e culturalmente elaborados, no momento em que vão interpretar os mitos e as normas sociais sobre a conduta sexual. A este respeito, a teoria dos roteiros nos é útil para pensar como os casais sorodiscordantes elaboram roteiros a partir de sua convivência com o HIV/Aids, nos possibilitando ir além dos esquemas normativos que orientam a sexualidade. Mesmo com todas as campanhas governamentais sobre o uso de preservativos, nem sempre as medidas preventivas propostas se vivificam, de fato, nas práticas sexuais. Os casais sorodiscordantes podem minar a proposta preventiva e organizar outros arranjos alternativos.

Ao escapar à normatividade de ter relações desprotegidas, de ter filhos sem uso de práticas reprodutivas seguras, assim como a ruptura com as normas e com os costumes, talvez o casal tenha que enfrentar imperativos e constrangimentos morais fortemente arraigados – sejam por parte da família, amigos, ou profissionais dos serviços de saúde. Se a escolha por escapar temporariamente dos esquemas aceitos resultar em um período liminar, a situação do casal pode ficar momentaneamente ambígua, estando à margem dos arranjos conjugais de determinado grupo social. Ainda assim, o problema é se um dos membros, ou o casal, permanecer em um “estado de *outsiderhood*”, isto é, em permanente estado de segregação social, já que esta situação poderia trazer implicações não apenas para a vida conjugal, mas para a sociabilidade do par.

Na medida em que reconhecemos tal qual Turner (2008) que existem vínculos que unem as pessoas além do vínculo social formal, então, deve-se atentar para o momento vivido pelo casal e quais os interesses por eles priorizados. Para os casais que iniciam o relacionamento tendo conhecimento da soropositividade, quem sabe a sorodiscordância venha a ser o elemento inicial de organização da conjugalidade, sendo um norte para a criação de roteiros sexuais.

De todo modo, deve-se ter em vista que a organização da vida conjugal, o ritmo das relações sexuais e os valores compartilhados mudam de casal para casal, então, a trajetória conjugal deve ser entendida a partir do olhar para o momento vivido pelo casal. Entendendo que as configurações conjugais podem adquirir múltiplas formas, não se propõe assim delimitar a importância da sexualidade pelas fases, mas pela vivência da díade.

Percebendo que, como o próprio termo “situação de sorodiscordância” indica, o casal vive a contingência da diferenciação sorológica, então, a fixação da conjugalidade em fases pode não ser compatível com a realidade de todos os casais investigados. A contingência pode se configurar de diferentes formas: nas práticas sexuais que ora podem ser de risco, ora seguras, na mudança de situação em decorrência do resultado do exame para detectar o HIV no parceiro soronegativo e na possível instabilidade da relação diádica. Logo, a análise da conjugalidade destes casais exige certa atenção quanto às possibilidades e limites da classificação da vida conjugal em esquemas explicativos.

Tomemos como contingencial também o modo como a convivência com o HIV pode ser simbolizada. Ao reordenar os limites e diferenças entre os cônjuges, a Aids pode questionar a alteridade dos parceiros, que pode ser relativa ou situacional (KNAUTH; VÍCTORA, et.al, 1998). Relativa, pois, ao ser assintomático, o indivíduo que convive com o HIV pode se perceber e ser percebido como igual, já que não há uma intromissão do vírus na

dinâmica cotidiana como um todo, assim, mesmo que a diferenciação seja reconhecida ela se torna abstrata, distante. No que se refere às consultas, ao uso de medicamentos e às práticas sexuais, a alteridade pode ser situacional, já que em determinados momentos a necessidade de pensar sobre a convivência com o HIV e a adoção de práticas, tendo em vista a situação de sorodiscordância, talvez tragam à tona as diferenças; da relação abstrata com a doença passa-se à concretude do HIV!

Nesse sentido, convém investigar se a díade sorodiscordante constrói uma relação de alteridade e se esta se torna um problema, sobretudo no que tange ao papel da intimidade e da proximidade para a sexualidade do casal, ou até mesmo se as estratégias utilizadas para driblar a presença do HIV na vida a dois perpassam a recusa do uso de métodos de prevenção. Talvez seja mais importante para o casal manter a intimidade, do que tornar o parceiro um “outro”. Há também a possibilidade de negar a presença do vírus, não aderindo ao tratamento, de não significá-lo como um problema para conjugalidade, ou até banalizar a soropositividade questionando o seu caráter transmissível com base na sua experiência sexual desprotegida.

A Aids com seu caráter transmissível e seu poder de destruir a imunidade acaba por solicitar das pessoas que (com)vivem com o HIV um maior conhecimento do seu corpo, e mais que isso, dos seus usos. A atenção não deve apenas ser percebida do ponto de vista da manutenção da saúde ou do risco de transmissão, mas do próprio exercício da sexualidade. Como Mauss (2000) em “Sociologia e Antropologia” adverte, a cultura se inscreve no corpo, assim, as práticas não podem ser desvinculadas dos valores da sociedade, das suas normas, dos seus mitos, de suas convenções e de seus pudores; logo, as práticas sexuais são a cultura em ação!

Em tempos de HIV/Aids, o exercício da sexualidade passa a ser ressignificado como uma atitude responsável e racional. A associação entre vida sexual e risco fundamentou o discurso médico de autoavaliação das práticas sexuais de forma quase técnica. A um só tempo em que é creditada ao indivíduo uma reflexividade sobre a sua sexualidade, em alguns serviços especializados, os profissionais de saúde ocultam as práticas reprodutivas que minimizam os riscos de transmissão vertical²⁰ como modo de evitar que casais sorodiscordantes, ou soroconcordantes, “engravidem” (ROSSI, 2010).

O risco de transmissão reconfigura a relação entre sexualidade e reprodução de modo que as pessoas que (com)vivem com o HIV são, por vezes, “despossuídas” de seus corpos; já que outrem se vê no direito de decidir – em nome da saúde pública – se estes indivíduos

²⁰ Por transmissão vertical se entende a infecção de mãe para filho, seja no parto, no aleitamento, ou ainda na fase de formação do feto.

devem ter filhos ou não. Ao sonegar informações, os profissionais de saúde restringem o acesso destas pessoas aos direitos garantidos por lei, a saber, os sexuais e os reprodutivos. O que contribui para a reafirmação do preconceito e para o desrespeito aos princípios da cidadania. Como afirma Rossi (2010), os profissionais brasileiros da área de saúde não estão preparados para fornecer informações sobre a reprodução assistida para pessoas que (com)vivem com o HIV/Aids.

De outro modo, alguns serviços podem criar laços de confiança com os pacientes e seus parceiros, o que se torna definidor para a forma como o serviço e o casal vão apreender a sorodiscordância. O entendimento da realidade da díade, do seu momento conjugal, talvez seja um instrumento fundamental para o modo como os profissionais de saúde dialogam com o casal, bem como, para diminuir o hiato entre a experiência com o HIV e os programas de enfrentamento.

Todavia, caso a relação construída entre o casal e os serviços de saúde seja baseada em omissões e em diálogos puramente normatizadores, pode ser desenvolvido um “duplo vínculo” por parte do casal. Para Gregory Bateson (1998), quando os indivíduos vivenciam lógicas diversas, eles podem construir um “duplo vínculo” através de mensagens aparentemente contraditórias. Aqui, a contradição poderia estar no paradoxo de afirmar em atendimento que estaria fazendo uso de práticas seguras, em reafirmar o discurso politicamente correto de controle do risco e, de fato, vivenciar outra lógica enquanto casal – com práticas sexuais de risco e tentativas de gestações. Não se trata de mentir, mas de confusões e falhas no processo de comunicação entre os comportamentos e as normas preventivas; ou seja, não há unidade comunicativa entre os casais e os profissionais de saúde.

A diferenciação entre as lógicas conjugais da díade e a configuração do enfrentamento do HIV/Aids pelos serviços de saúde atesta como o real é antinômico. Na verdade, reduzir o real ao discurso, o entendimento do viver com o HIV ao diálogo entre serviço e o casal, é desconsiderar que a comunicação ocorre em diferentes planos e que a experiência desafia algumas razões lógicas; como nos casos em que o casal tem atividade sexual durante um longo período sem uso de preservativo e o parceiro (a) não é infectado. Assim, a falta de explicação científica para tal questão pode minar o discurso sobre a necessidade de prevenção e sujeitar o paradigma médico a críticas, e com isso, contribuir para a formulação de novas lógicas de interpretação da experiência. O paradoxo da relação, o desajuste da situação do “duplo vínculo” talvez seja resolvido através de uma adaptação criativa dos casais, com os rearranjos da situação de sorodiscordância.

Enfim, diante do quadro exposto, a situação de sorodiscordância denota relações múltiplas entre conjugalidade, sexualidade, serviços de saúde e o HIV/Aids, e é com base nos desdobramentos destas relações que serão debatidas as vicissitudes da pesquisa no universo do HIV/Aids.

1.2. Investigando o casal: uma perspectiva metodológica

As inflexões metodológicas aqui tratadas fazem parte do percurso traçado pelos membros do Grupo de Estudos em Saúde, Sociedade e Cultura (GRUPESSC) da UFPB, na pesquisa, financiada pelo Ministério da Saúde e pela UNESCO, intitulada “Casais sorodiscordantes no Estado da Paraíba: comportamentos, práticas sexuais e subjetividade”. O GRUPESSC, que foi criado em 2008 com o objetivo principal de produzir conhecimento sobre as relações entre cultura, sociedade e saúde, é um grupo multidisciplinar que reúne pesquisadores docentes e discentes da UFPB nas áreas das Ciências Sociais e da Saúde. Em sua formação inicial, o grupo era composto por três pesquisadores docentes – eu como pesquisadora discente (doutoranda) e seis estagiários, alunos do curso de ciências sociais – com uma única pesquisa em andamento. Atualmente, mais de 13 pesquisadores compõem o quadro e três pesquisas estão em curso.

A pesquisa sobre os casais sorodiscordantes para o HIV, que teve início em julho de 2008 e foi concluída em dezembro de 2010, tinha como objetivo a investigação das bases sócio-antropológicas que condicionavam a vivência conjugal dos casais sorodiscordantes heterossexuais da região metropolitana de João Pessoa. A proposta era fazer um exame das dinâmicas conjugais em situações de sorodiscordância considerando as suas relações de gênero, suas configurações amorosas, a negociação do risco e os significados atribuídos à diferença sorológica.

Como todo trabalho de pesquisa desenvolvido em grupo, os diferentes olhares, as distintas interpretações sobre o mesmo objeto acabam por não apenas deflagrar reflexões sobre o próprio processo de produção de conhecimento, mas da mesma maneira também enriquecem e expandem as investigações sobre o campo estudado. Assim como nos adverte Mónica Franch, o trabalho em equipe demanda “um grau variável de negociação dos caminhos da pesquisa e das interpretações a respeito da realidade social pesquisada” (2008, p.61). Neste aspecto, embora fôssemos desenhando coletivamente o rumo da nossa pesquisa, a recuperação das experiências de cada pesquisador no terreno contribuiu para o alargamento

do campo de visão sobre os significados atribuídos às práticas e aos comportamentos investigados. As diferenças e as preferências teórico-metodológicas entre os pesquisadores acabavam por dar voz a diferentes aspectos da situação de sorodiscordância, das práticas sexuais e da relação diádica; o que de fato revelava a dimensão multifacetada de nosso objeto e provocava um movimento reflexivo sobre nossas próprias posições.

As entrevistas foram realizadas pelos quatro pesquisadores (já citados) em dias distintos, de acordo com o agendamento do GRUPESSC. Organizamos-nos de modo que diariamente (no período da manhã, de segunda a sexta, quando o serviço atendia os usuários) dois pesquisadores estivessem no serviço. O fato de o material empírico ter sido colhido por distintos pesquisadores e em dias diferentes, com distintas experiências fenomenológicas, limitou o retorno reflexivo sobre a imersão no campo e exigiram um esforço maior no trabalho de análise e de compreensão das falas. Além de também ter trazido implicações para as condições de produção do diálogo, haja vista que as distintas interpretações dadas pelos pesquisadores às perguntas do roteiro tinham que ser consideradas (HEILBORN, CORDEIRO & MENEZES, 2009). Em tais condições, as minuciosas informações que vão além da fala (como os silêncios, risos e reações bruscas a determinados temas) não puderam ser resgatadas em sua experiência dialógica.

A este respeito, na tentativa de minimizar os efeitos desta “privação” fenomenológica (HEILBORN, CORDEIRO & MENEZES, 2009) passamos a problematizar nas nossas reuniões quinzenais (que versavam sobre o andamento da pesquisa) os significados que dávamos as nossas experiências em campo. As trocas sobre o trabalho de cada pesquisador nos permitiram recuperar (ainda que parcialmente) os sentidos que estavam em jogo na relação pesquisador e pesquisado. Assim, ao contrário de evidenciarmos uma linearidade na produção do material colhido, prezamos pela multiplicidade dos olhares sobre o objeto estudado.

Ao enveredar pelo campo da conjugalidade sorodiscordante para o HIV, a nossa pesquisa acabou por articular áreas de estudos multifacetadas como a sexualidade, gênero e saúde. De acordo com Heilborn et al. (2009), nas duas últimas décadas, estas áreas tiveram um significativo aumento da produção científica e de aprofundamento de abordagens; e isto se deve tanto às significativas transformações nas políticas de saúde brasileiras quanto à produção crescente dos programas de pós-graduação no Brasil.

Acrescentaríamos a este fecundo desenvolvimento de campos de estudos o advento da epidemia de HIV/AIDS – com o caráter nefasto da sua propagação – que acirrou o processo de formação de quadros de pesquisas interdisciplinares em função da necessidade de

aprofundar questões relativas às práticas sexuais, às relações de gênero e às políticas de saúde, para só assim investigar o fenômeno em sua complexidade.

Por isso, endossamos as palavras de Rodhen (2009) quando afirma que a epidemia da Aids é um fator relevante para o crescimento de tais campos de estudo, pois tem obrigado o desenvolvimento de novas e mais refinadas investigações sobre os processos sociais em questão. Inclusive, o intercruzamento com estas áreas foi fundamental para as delimitações teórico-metodológicas deste trabalho, o que resultou na problematização de novas possibilidades analíticas e na reflexão sobre os próprios imbricamentos.

Diante da complexidade da categoria sorodiscordância, a pesquisa me despertou o interesse em aprofundar o estudo; então, decidi mudar o meu projeto de doutorado, que inclusive, nada tinha a ver com o novo objeto escolhido. Com efeito, o direcionamento do olhar para a conjugalidade não se deu de imediato, mas foi se definindo após a entrada no campo e nas discussões com o grupo de pesquisa. Em verdade, inicialmente, o meu objeto de pesquisa era “a relação de confiança entre casais sorodiscordantes para o HIV”, entretanto, ao longo do trabalho de campo, as intensas interlocuções com os outros pesquisadores e o material empírico mostraram que o tema confiança estava subsumido a questões maiores, sendo estas referentes à categoria conjugalidade. Não é de se estranhar que ao me debruçar sobre as configurações diádicas percebi que a confiança era apenas a ponta de um *iceberg* chamado conjugalidade sorodiscordante. A partir de tal diagnóstico, o mote deste trabalho foi alterado e a dinâmica conjugal de pessoas com sorologias distintas para o HIV passou a ser o nosso objeto de pesquisa.

Desse modo, seguindo o percurso metodológico da pesquisa que desenvolvíamos no GRUPESSC recorri à abordagem sócio-antropológica compreensiva, na qual os significados que os sujeitos atribuem a sua vivência conjugal sorodiscordante guiam a interpretação (entretanto, sem esquecermos as redes que articulam esses significados aos condicionantes sociais). Assim sendo, este estudo tem como objetivo as configurações conjugais que são tecidas pelos cônjuges sorodiscordantes, as interações entre o casal (negociação do risco e relações de gênero), a rede de sociabilidade e as mudanças tanto no projeto diádico quanto nas práticas conjugais/sexuais em decorrência de tal diferença sorológica.

A partir de então, o enfoque foi dado aos aspectos simbólicos e sociais que lançam luz sobre a negociação do risco de contaminação, os impactos da revelação do diagnóstico para a conjugalidade e a sexualidade da díade tendo em conta as relações de gênero e, sobretudo, as interações conjugais que configuram a convivência com o HIV.

Portanto, considerando as interfaces metodológicas do objeto investigado e as vicissitudes de uma pesquisa em tal campo – com temas íntimos que podem desencadear tensões e inibições –, o procedimento metodológico adotado foi uma pesquisa de caráter qualitativo tendo como instrumento de coleta de dados as entrevistas em profundidade e a observação direta. A associação destes instrumentos viabilizou a apreensão dos sentidos atribuídos à sorodiscordância e seus impactos sobre a vida conjugal.

Sem embargo, ainda que eu imprima nesta seara metodológica as minhas preferências, os meus posicionamentos e o meu olhar enquanto pesquisadora, não posso deixar de ressaltar que o roteiro utilizado, as técnicas escolhidas e o material colhido são resultado de um trabalho em equipe, por isso, em alguns momentos, dou voz as minhas experiências em campo, e em outros, falo a partir das vivências compartilhadas com os outros pesquisadores; por isso, o movimento pendular entre o “Eu” e o “Nós”. É neste sentido que a discussão que se segue versará sobre as condições de produção de dados e os procedimentos metodológicos que orientaram a investigação.

1.2.1 Disposições de Campo

A primeira fase da pesquisa, se é que assim podemos chamar, foi um momento voltado tanto para o mapeamento dos serviços e das instituições que assistiam as pessoas que (com)vivem com o HIV/Aids em João Pessoa, quanto para a identificação de “atores-chaves” no campo da Aids no Estado. Até então, eu não fazia parte da equipe do Grupessc, e por isso, quando cheguei, os contatos com os representantes dos serviços e instituições já haviam sido feitos. Os meus primeiros passos no estudo foram juntamente no que tange aos procedimentos de entrada nos serviços de saúde já identificados. O mapeamento direcionou a escolha do campo e indicou os dois serviços a serem estudados: O SAE²¹ (Serviço de Atendimento especializado) Materno-infantil do Hospital Universitário Lauro Wanderley e o Hospital Clementino Fraga – referência em doenças infectocontagiosas.

Assim sendo, preliminarmente à entrada em campo passamos pelos procedimentos corriqueiros de autorização para o desenvolvimento de pesquisas. Porém, além do período de aprovação da pesquisa pelo Conselho de Ética da Universidade Federal da Paraíba (UFPB),

²¹ De acordo com as informações transmitidas pelos coordenadores do serviço, o SAE é o primeiro serviço nacional materno-infantil centrado na transmissão vertical. Em 2008, o SAE atendia um número maior que 400 pacientes, dentre estes, mulheres e homens soropositivos e crianças em avaliação sobre o *status* sorológico.

após termos optado por começar pelo SAE – presumido a receptividade da pesquisa tendo em vista ser este oferecido por um Hospital Escola – ainda convenciamos que seria interessante nos reunirmos com a equipe do serviço para explicar os objetivos do nosso trabalho; o que de fato acabou se transformando em encontros para os profissionais do serviço falar sobre a dinâmica de atendimento do SAE.

A este respeito, foram realizadas duas reuniões com todo o grupo, presididas pelo coordenador do SAE, um médico infectologista, e a vice-coordenadora (e membro do Conselho de Ética da UFPB), uma enfermeira. As duas reuniões versavam sobre a dinâmica do serviço, os termos técnicos que os pacientes passaram a reproduzir com a convivência com o HIV e, sobretudo, os cuidados que deveríamos ter com o sigilo e com a abordagem de determinados temas. Após afinarmos as posturas e as premissas exigidas pelo Conselho de Ética, finalmente seguimos para o nosso primeiro dia de campo no Hospital Universitário Lauro Wanderley.

Nos dois serviços de saúde que nos serviram de campo, encontramos dois tipos distintos de ambiente: no SAE (Serviço de Atendimento Especializado) Materno-infantil do Hospital Universitário de João Pessoa, que embora também funcionasse como SERV (Serviço Especializado ao Portador de HIV), a maioria do público era composto por mulheres soropositivas grávidas, com crianças de colo em período de testagem para saber o *status* sorológico, ou mulheres que mesmo após terem saído do perfil do SAE (a saber, mulheres grávidas, puérperas, ou com filhos pequenos que apresentem risco de transmissão vertical) continuavam sendo assistidas pelo serviço. Em número bem menor, encontravam-se homens esperando para serem atendidos, muitas vezes vindo à procura de médicos que já os acompanhavam em outro serviço, ou alguns poucos maridos acompanhando suas esposas.

De tal modo, no serviço especializado do Hospital de Referência para Doenças Infecto-contagiosas Clementino Fraga, o cenário encontrado foi bem diverso. Na sala de espera, que era bem ampla (e separada da área para doentes de Tuberculose, outra doença infecciosa na qual o hospital é referência), tinha homens soropositivos (com considerável presença de presidiários que ficavam algemados aos bancos de ferro à espera do atendimento) de todas as idades, mulheres, homossexuais e casais soropositivos e sorodiscordantes. Diferentemente das conversas entre as pacientes do SAE que pareciam se conhecer há certo tempo e que dialogavam sobre diferentes assuntos – as crianças, o cotidiano e até o preço de produtos na feira –, no Hospital Clementino, poucos pacientes conversavam entre si e a maior interação percebida foi com o atendente (responsável pela organização da lista de atendimento).

A nossa chegada ao SAE causou certo desconforto aos profissionais do serviço. O receio em relação a nossa presença se deveu a duas questões: de um lado, o impacto sobre a adesão dos pacientes (pois muitas mulheres descobriram a soropositividade na gravidez e é a partir daí que a equipe começa o trabalho de adesão), e de outro, a preocupação com nossa abordagem sócio-antropológica.

O primeiro impasse ocorreu ainda no primeiro dia de campo, em 12 de agosto de 2008, quando fui, como coordenadora dos estagiários, acompanhá-los na observação. Devido à reforma na área de atendimento aos pacientes que era localizado no 4º Andar, temporariamente, o serviço estava funcionando no 6º andar, no final do corredor. Éramos três, eu e dois estagiários, e logo que fomos passando pelo corredor – que também atendia outras especialidades – sentíamos os olhares dos pacientes de outras alas. Até então não sabíamos ao certo o que causava o estranhamento, se era a nossa jovialidade, os nossos trajes, ou a dúvida se éramos realmente pacientes. Mas, em seguida, percebemos que os olhares se deviam à categorização que era dada aos pacientes de outras alas do andar às pessoas que seguiam até o final do corredor: ali, era o local destinado aos portadores do HIV.

Após algumas idas ao serviço e conversas com os pacientes que afirmavam não gostar do lugar improvisado, nós do grupo denominamos o ambiente como “o corredor do estigma”. Era como se o recolhimento do SAE no final do corredor denunciasse o *status* sorológico do paciente que para lá se direcionava e separasse os soropositivos dos portadores de outras doenças. Embora não fosse esta a intenção dos coordenadores do serviço e a escolha do ambiente tenha sido decorrente da disponibilidade estrutural do hospital, de certo, o novo local não agradou aos pacientes. O espaço provisório era pequeno e exigia uma proximidade entre as pessoas. A nossa presença naquele ambiente, em que boa parte das pessoas se conheciam, foi recebida com certa desconfiança e incômodo tanto por parte dos portadores quanto pelos funcionários.

Desse modo, inicialmente, nós pesquisadores ficamos tensos com a situação instaurada, mas de todo modo, continuamos o trabalho. Portanto, seguindo ainda no primeiro dia de campo, enquanto eu conversava sobre nossa presença no serviço com a vice-coordenadora numa sala do ambulatório, os dois estagiários sentaram (separados) nos bancos de espera ao lado dos pacientes. A proposta inicial era que os estagiários acompanhassem o trajeto do paciente no serviço, com isso, o primeiro passo seria a aproximação na sala de espera, através da apresentação dos profissionais do serviço.

Em uma de nossas reuniões com os profissionais do serviço, chegamos à conclusão que seria interessante um dos estagiários acompanhar (após consentimento do paciente – ver o

termo de consentimento nos apêndices) o percurso do portador no serviço. Assim, o estagiário o acompanharia durante a consulta, a entrega dos remédios, o teste para verificar a carga viral e nas demais atividades da rotina de consulta. O objetivo era entender a dinâmica de atendimento dos pacientes e verificar como se dava a relação entre o portador e o serviço.

Neste sentido, seguindo a proposta de acompanhamento de pacientes, um dos estagiários, após ter sido apresentado por uma das profissionais do serviço e ter iniciado a conversa com um homem de 45 anos que estava à espera de atendimento, recebe a autorização para acompanhá-lo em todo o percurso, inclusive, na consulta. Entretanto, a médica infectologista que estava atendendo não havia participado das reuniões e, embora soubesse de nossa pesquisa, ela não havia conversado com os coordenadores dos serviços sobre a entrada de integrantes do grupo no momento da consulta.

Por conseguinte, quando o estagiário entrou no consultório junto com o entrevistado, a médica não aceitou sua presença no recinto por acreditar que esta prática representava um desrespeito a privacidade dos pacientes; o que causou constrangimento mútuo, pois, o portador não entendia o que estava acontecendo e continuava alegando que autorizava a presença do membro do grupo de pesquisa, e por outro lado, o estagiário se via em uma situação na qual parecia estar fazendo algo de errado. Após o episódio, eu e a vice-coordenadora do serviço conversamos com a médica e explicamos o sentido de tal acompanhamento.

De fato, a falta de diálogo prévio com a médica havia ceifado o entendimento da infectologista, mas, de todo modo, depois do episódio, decidimos não mais acompanhar o paciente e ficamos apenas na observação da sala de espera. Posteriormente ao impasse do acompanhamento, para agravar a situação, uma paciente (que guarda sigilo sobre sua soropositividade) chegou ao serviço e ao reconhecer de longe um de nós (e nenhum de nós três vimos a pessoa), saiu chorando por medo de ter o segredo revelado – após dois anos do fato ocorrido, descobri por meio de amigos que a pessoa reconhecida havia sido eu.

Então, a hipótese dos profissionais do serviço de que podíamos atrapalhar o processo de adesão foi confirmada com o fato da portadora que se negou a ficar para a consulta naquele dia. A este respeito, o momento inicial de entrada no campo foi tenso e difícil tanto para nós do grupo de pesquisa quanto para os pacientes e profissionais do serviço. Entretanto, a nossa familiarização com o serviço e, principalmente, a mediação dos profissionais do serviço acabou por amenizar os impasses de nossa presença no terreno.

De certo, a estigmatização dos portadores do HIV contribuiu para que fosse gerado todo um cenário de preservação das identidades dos pacientes, que por sua vez, se deu

prioritariamente mais pelo receio dos profissionais do SAE, do que pelos próprios pacientes. Entendemos esta atitude como um reflexo da luta que estes profissionais vivenciam para manter o portador no tratamento, haja vista que, qualquer insegurança do paciente quanto ao sigilo, ou intervenção sobre a vida do casal pode comprometer o processo de adesão. Este que por sua vez se mostrou bastante frágil com as contínuas interrupções do tratamento por parte de alguns pacientes!

A propósito disto, esta emblemática entrada no campo também é reveladora da complexidade de se estudar o tema Aids/HIV, que traz questões específicas para o campo metodológico e de pesquisa.

Um dos pontos de debate nas reuniões do grupo de pesquisa sobre as vicissitudes e desafios do trabalho de campo foi o uso do termo de consentimento exigido pelas Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos (Resolução CNS 196/96). O dilema entre a exigência de preservação da identidade do usuário e a solicitação da assinatura do termo de consentimento pôs em xeque a legitimidade de um procedimento ético que se contrapõe ao desejo de sigilo do entrevistado, sobretudo, na situação de sorodiscordância em que o medo de estigmatização endossa a necessidade de preservação da identidade. Vivenciamos este embate ao apresentarmos o termo aos usuários e percebermos resistências quanto à assinatura do documento, quando não ocorreram casos extremos de recusa e desistência da entrevista. Por isso, concordamos com Heilborn quando afirma que “cabe à comunidade dos cientistas sociais, e em especial a dos antropólogos [...] discutir detalhadamente as implicações e as múltiplas leituras que a exigência da ética em pesquisa comporta” (HEILBORN, 2004, p.57)

Ao longo da nossa presença no serviço, por várias manhãs revezávamos os dias da semana em que cada membro do grupo iria. Em muitos destes dias saíamos sem nenhuma entrevista, pois, de um lado, agendávamos a entrevista no serviço e alguns portadores não iam, e de outro, encontrávamos pessoas que conviviam em situação de sorodiscordância e que ficavam em dúvida sobre ceder ou não a entrevista. Sendo assim, vivíamos os impasses não apenas de conseguirmos a aceitação dos pacientes, mas de detectar quem seriam esses casais sorodiscordantes, já que no SAE não havia nenhuma identificação destes casais, visto que, a perspectiva de atendimento era sobre o paciente e não sobre o seu contexto familiar e social.

A invisibilidade dos casais sorodiscordantes não é exclusividade do serviço paraibano, mas uma realidade da política de saúde brasileira que apenas há poucos anos tem reconhecido esta categoria como alvo de demandas específicas quanto à convivência com o HIV. A significativa representatividade desta categoria no serviço pode ser confirmada pelo

levantamento feito em 2008 que revelou o número de 83 casais vivendo em situação de sorodiscordância para o HIV; em 2010, os dados passavam da marca de 130 casais com sorologia distinta para o HIV.

Aos poucos, os profissionais do hospital se encarregaram de listar os casais e nós fomos marcando nossa presença no serviço e, principalmente com a ajuda de mediadores como a assistente social Nancy – pessoa muito respeitada pelos pacientes e o elo de maior contato entre portador e serviço – e as enfermeiras, passamos de figuras incômodas a pesquisadores que queriam contribuir para o conhecimento sobre a díade sorodiscordante.

A passos lentos, após a abordagem inicial dos profissionais do serviço e de nossas conversas informais com os pacientes, explicávamos a pesquisa e, a partir daí, surgia o interesse em participar dela. Então, nós apresentávamos o termo de consentimento informado (ver nos apêndices) e somente após a assinatura do termo seguíamos para as entrevistas.

Inicialmente a população entrevistada era composta por mulheres soropositivas que, em sua maioria, não conseguiam levar o parceiro para o serviço de saúde: seja por motivo de trabalho, porque eles se negavam a conceder entrevista, ou por falta de dinheiro para pagar a passagem (alguns pacientes moravam em outros municípios e tinham poucas condições financeiras). Assim, após alguns meses em campo, ao fazermos um balanço preliminar, percebemos que não estávamos conseguindo atingir o público da pesquisa, que era o casal, e não somente o portador.

De certa forma, iniciar pelo SAE limitou a população entrevistada e nos direcionou para recortes de gênero e de classe bastante específicos. Como já foi dito, a maior presença de mulheres soropositivas devido à especialização materno-infantil do serviço compôs um quadro de entrevistas estritamente feminino. Então, o nosso desafio metodológico passou a ser o contato e a entrevista com os parceiros destas mulheres. Ainda assim, outra questão se impôs à composição de nosso universo de pesquisa: o viés de classe. Por ser um serviço público, as pessoas assistidas pelo SAE em sua maioria fazem parte de grupos de menor renda, com isso, os casais investigados – com apenas uma exceção – são integrantes de camadas populares.

Se por um lado, o SAE possibilitou a abrangência da área de alcance da pesquisa, já que o atendimento era de referência para outros municípios circunvizinhos (o que resultou na incorporação de entrevistados de outras áreas no universo da pesquisa), os recortes de gênero e de classe exigiram o acionamento de outras estratégias de investigação. No que tange ao contato com os parceiros das mulheres entrevistadas, a mediação da assistente social do SAE

e o pagamento das passagens²² dos entrevistados até o serviço (por parte do GRUPESSC) possibilitou o fechamento de muitos casais.

Por outro lado, na situação de classe não obtivemos o mesmo sucesso. As tentativas de contatar os pacientes por intermédio dos médicos do serviço (que também atendiam em suas clínicas particulares pessoas de outros grupos sociais) acabaram por não ter efeito. De acordo com os profissionais que conversamos, os casais se recusavam a serem entrevistados por medo que o segredo sobre o seu *status* sorológico fosse revelado. Para ilustrar isso, uma médica infectologista relatou que alguns de seus pacientes de maior poder econômico procuravam diferentes formas para não serem vistos ou reconhecidos no consultório, desde o uso de peruca até a busca de horários estratégicos para chegar à consulta (no final do atendimento).

No segundo campo de pesquisa, o Hospital Clementino Fraga – referência no Estado para o tratamento do HIV/Aids –, no qual começamos o trabalho um ano após as investigações do primeiro campo²³, também encontramos o mesmo viés de classe (já que também é um serviço público e assiste o mesmo grupo social). No entanto, tivemos acesso a um perfil mais heterogêneo de pacientes, o que nos possibilitou a inclusão de homens soropositivos nos sujeitos da pesquisa. Da mesma maneira que no SAE, a nossa entrada no terreno também foi feita com base nas conversas com os profissionais do serviço, e a receptividade dos membros do núcleo de pesquisa do hospital contribuiu para que o trabalho fosse iniciado sem embargos.

O cenário com o qual nos deparamos no Hospital Clementino trouxe para a pesquisa a observação de um novo contexto. A maior rotatividade de portadores no ambiente devido ao considerável número de infectologistas e outros especialistas disponíveis, os atendimentos domiciliares reservados para pessoas incapacitadas de irem ao serviço (o que nos proporcionou um contato direto com o cotidiano dos casais em que o soropositivo já desenvolveu a doença Aids) e a entrada nas enfermarias nos situaram quanto aos diferentes significados atribuídos à sorodiscordância em decorrência das distintas experiências

²² Tendo em vista que as pessoas entrevistadas vivenciavam dificuldades financeiras e, em alguns casos, moravam em municípios vizinhos, o pagamento das passagens possibilitou a ida dos parceiros que se disponibilizavam a ceder a entrevista.

²³ Devido às mudanças políticas na Paraíba, as alterações na equipe do hospital trouxeram implicações para o início do nosso estudo.

temporais²⁴ de convivência com o HIV e com a Aids. Tudo isso nos ajudou na compreensão do contexto que fundamenta as falas e as trajetórias dos sujeitos investigados.

Ora, a extensa área do rol de espera da consulta, o entra e sai de pessoas que transitavam entre as diferentes alas do hospital permitiram que nossa presença não causasse impacto. Era comum naquele espaço estudantes aplicarem questionários em meio à espera dos pacientes pelo horário de atendimento. A exigência de que todos os pesquisadores que frequentavam o recinto fizessem uso de jaleco branco e de equipamentos de proteção individual (EPIS), como máscaras (devido ao risco de contaminação de outras doenças infectocontagiosas), contribuiu para que fôssemos facilmente integrados ao ambiente. Todavia, essa proteção deixou os pacientes um pouco confusos no que se refere ao nosso campo de atuação – por vezes fomos percebidos como profissionais da área de saúde – e exigiu explicações mais detalhadas sobre os objetivos da pesquisa.

Nas nossas conversas do grupo de pesquisa sobre o andamento das observações e das entrevistas, dentre as diferentes interpretações sobre os significados da nossa presença no terreno, não foram raros os casos em que resistências tenham sido percebidas nas falas devido à correlação feita pelo paciente atrelando o pesquisador ao profissional do serviço. Supõe-se que a normatização das práticas sugeridas pelas políticas de prevenção (mas reproduzida pelos profissionais), as tentativas de regulação do cotidiano do portador por meio do tratamento possam impedir a fluidez de um diálogo franco entre alguns profissionais e os pacientes. Por isso, só após um bom tempo de conversa conseguíamos nos desvincular da correlação com a área de saúde.

Ainda sobre a identificação de sujeitos da pesquisa, conhecemos no PAM – Plano de Ações e Metas para DST/Aids do Estado da Paraíba (o qual fomos convidados a participar), conhecemos a organização não governamental Missão Nova Esperança. A organização atuava, dentre outros serviços, no Clementino Fraga. O perfil das pessoas acolhidas pela organização eram crianças soropositivas da grande João Pessoa e de outros municípios da Paraíba. O foco nas crianças acabou por nos levar para o universo das famílias que os acompanhavam. A receptividade da equipe da Missão Nova Esperança abriu caminho para que realizássemos a observação direta das atividades da instituição e os acompanhasse nas visitas domiciliares, como também criou um canal com alguns casais que em seguida

²⁴ O hospital Clementino Fraga foi o primeiro serviço de referência para portadores de HIV/Aids no estado da Paraíba, com isso, tanto atende pacientes que estão há mais de 10 anos com o vírus, como também pessoas diagnosticadas há pouco tempo.

entrevistamos. Além da participação das atividades na cede da instituição e nas visitas domiciliares, acompanhamos o trabalho no Hospital Clementino Fraga.

Neste aspecto, a observação direta nos dois terrenos e na instituição nos proporcionou a compreensão dos cenários que envolvem a rotina de consulta, o gerenciamento do segredo sobre o *status* sorológico e as redes de sociabilidades que são tecidas nos serviços de saúde e na instituição.

Seguindo os estudos de Haguette (1999) sobre as metodologias qualitativas, a observação “*in situ*” nos permitiu resgatar a experiência imediata e a maneira como os atores atribuem sentido aos objetos, às situações e aos símbolos. Aqui, a compreensão dos significados subjetivos que as pessoas associam às suas circunstâncias sociais perpassa o entendimento de que os indivíduos ajudam a criar suas circunstâncias e não simplesmente reagem a elas. Afinal, como diria Simmel (1999), o indivíduo é produto e produtor da sociedade, logo, este contribui ativamente para a construção do seu universo social.

Dentro este esquema, as interações conjugais sorodiscordantes são vistas, não como algo estabelecido de uma vez por todas, mas como algo aberto e referendado pelo contexto, além de serem subordinadas ao reconhecimento contínuo por parte dos membros da relação, como pode ser percebido nas entrevistas dos cônjuges.

1.2.2 Entrevistas com os casais sorodiscordantes

A entrevista em profundidade, enquanto um processo dialógico entre duas pessoas, mais do que proporcionar maior flexibilidade ao pesquisador quanto ao desenvolvimento da conversa atribui atenção à dimensão da experiência do indivíduo. A entrevista organizada em roteiros conduz o entrevistado a produzir uma trajetória de certa forma concatenada sobre suas experiências conjugais, afetivo-sexuais e societárias (HEILBORN, CORDEIRO & MENEZES, 2009). Além disso, esta técnica confere importância à vida cotidiana devido ao reconhecimento de que o indivíduo constrói o sentido da sua própria vivência, ao passo que este instrumento também reconstitui os aspectos culturais, normativos e simbólicos que impelem os comportamentos dos sujeitos investigados.

Tendo em vista que a entrevista é entendida aqui como uma interação social e nos inspirando nas prerrogativas interacionistas de Blumer (1932) sobre os elementos que dão vida à dinâmica social, percebemos que os gestos e falas assumem caracteres simbólicos, isto é, são passíveis de serem interpretados por outrem, no nosso caso, pelo pesquisador no ato da

entrevista. Neste aspecto, o conhecimento é produzido através da troca dialógica entre entrevistador e entrevistado; aqui, as falas ganham centralidade no processo de compreensão do objeto estudado.

As entrevistas foram realizadas com os cônjuges separadamente. Por vezes, ocorriam no mesmo dia, e em outros, devido à disponibilidade dos entrevistados, apenas um dos parceiros era entrevistado e o outro agendava a conversa. Quando o par estava junto no serviço de saúde e aceitava ser entrevistado, cada pesquisador seguia com um dos cônjuges para uma sala, ou área da sala de espera, de modo que os parceiros não escutavam as respostas um do outro. Assim como as outras experiências com casais sorodiscordantes nos atestaram, como na pesquisa de Maksud (2007) no Rio de Janeiro, a realização das entrevistas dos cônjuges separadamente dá mais liberdade aos entrevistados, além de reduzir a interferência de um parceiro sobre o outro.

As entrevistas²⁵ (gravadas com a autorização do entrevistado) duravam entre uma e duas horas e meia e eram realizadas no serviço (em salas desocupadas ou no cantinho da área de espera) e, em raros casos, no domicílio do casal – havia certa resistência pela maioria dos entrevistados em ser entrevistado no domicílio e o motivo alegado era o segredo sobre o *status* sorológico, dado que a entrevista poderia trazer suspeita para os vizinhos e familiares.

De outro modo, entrevistas também foram realizadas com profissionais de saúde e membros de instituições que assistem pessoas que (com)vivem com HIV. Partindo do pressuposto que o diálogo com tais agentes pudesse complementar as bases de interpretação sobre a problemática da sorodiscordância, entrevistamos duas enfermeiras, uma assistente social, dois infectologistas, dois membros da Missão Nova Esperança e o gerente operacional DST/Aids da Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba. As entrevistas contribuíram para a compreensão da dinâmica do serviço, das redes que se formam nos serviços e instituições em torno do portador, bem como, para a verificação das percepções que estes profissionais e ativistas têm da situação de sorodiscordância.

Embora não tenhamos tido oportunidade de conviver por um considerável período com os sujeitos entrevistados (na maioria dos casos tivemos apenas um único encontro, ainda que esporadicamente víssemos alguns entrevistados retornando ao serviço de saúde), tais circunstâncias não impediram que tivéssemos acesso a determinados segredos e intimidades dos casais. Nas palavras de Heilborn, Cordeiro & Menezes (2009, p. 46), “saber que se estará

²⁵ De acordo com o protocolo da pesquisa, havíamos convencionado que sempre que possível o sexo do pesquisador fosse correspondente ao do entrevistado, haja vista que, a abertura sobre assuntos íntimos poderia ser maior.

com o entrevistador uma única vez [...], pode permitir que os sujeitos sintam-se à vontade em descrever experiências e desejos que não revelariam aos que integram o seu círculo de sociabilidade”.

Assim, é possível afirmar que, ao invés de se configurar como um problema, um único encontro se mostrou uma estratégia vantajosa, visto que a ausência de vínculos pessoais proporcionou mais segurança aos entrevistados, facilitando a revelação de assuntos íntimos.

Tomando como ponto de partida os sentidos em jogo na relação conjugal sorodiscordante, as entrevistas foram conduzidas através de dois roteiros semi-estruturados (ver nos apêndices), sendo um para o parceiro(a) soropositivo(a) e outro para o parceiro(a) soronegativo(a) do casal. Na medida em que a descoberta da soropositividade e o ingresso na situação de sorodiscordância ocorrem em momentos distintos – já que primeiramente o sujeito soropositivo recebe o diagnóstico e só após a realização do exame do parceiro soronegativo confirmando seu *status* sorológico, a discordância sorológica é legitimada – a elaboração de dois roteiros (mas que abordam os mesmos temas) visa à compreensão dos sentidos subjetivos e dos impactos da diferença sorológica, tanto do ponto de vista da experiência de cada membro quanto da construção do par.

Muito embora os temas abordados fossem os mesmos, a saber, os dados pessoais, a descoberta da soropositividade, a dinâmica conjugal, a vida afetivo-sexual, o cotidiano, a família e HIV/Aids e os cuidados e serviços de saúde, as perguntas por vezes se diferenciavam, pois versavam a respeito da percepção sobre a convivência com HIV; de um lado, através do olhar do parceiro(a) soronegativo(a), e de outro, do parceiro(a) soropositivo(a).

Por conseguinte, mesmo com as vantagens que o roteiro nos possibilitou quanto à apreensão do fenômeno estudado, por vezes, não foi possível a sua aplicação em totalidade. O fato de algumas entrevistas terem sido feitas no serviço (de acordo com a disponibilidade do local, nas salas vazias dos consultórios, ou no recanto reservado da sala de espera distante de outras pessoas) e no período em que o paciente esperava chegar a sua hora de ser atendido – ou nos casos em que o portador era de outros municípios e estava cansado da viagem – contribuíram para o andamento da entrevista; além das implicações das perguntas sobre as questões mais íntimas e a própria relação de empatia entre pesquisado e pesquisador. Desse modo, a flexibilidade do roteiro só endossou a eficiência do procedimento empregado.

Desse modo, do total de 57 entrevistas individuais realizadas com pessoas que (com)vivem em situação de sorodiscordância, conseguimos completar 22 casais, mas ainda tivemos 11 entrevistados (10 mulheres e 1 homem) em que não conseguimos contatar o

parceiro. A delimitação do universo a ser entrevistado foi definida pelo método de saturação (MARRE, 1991) em que após intensas entrevistas e a observação direta percebemos a recorrência das temáticas e a regularidade nas falas, com isso, finalizamos a fase de entrevistas e compomos enfim o nosso material empírico.

Ainda assim, seria pertinente ressaltar que, neste trabalho, a entrevista não é tomada como uma técnica que possibilita a formação de um discurso uníssono sobre o fenômeno da conjugalidade sorodiscordante. Pelo contrário, tendo em conta a incomensurabilidade do real – do qual fazemos apenas uma leitura –, enveredamos pelo o desafio do pesquisador em desnudar os dados coletados em meio à relação entre entrevistado e entrevistador (que pode ser definidora para o tipo de diálogo desenvolvido) e entre as práticas e as normas que podem articular as falas – sobretudo no universo sorodiscordante com os estigmas e julgamentos morais sobre as pessoas que (com)vivem com o HIV.

Por isso, não é de se estranhar que as diferentes percepções que os cônjuges podem ter sobre a convivência com o HIV não foram percebidas aqui como um impeditivo para se encontrar uma dinâmica sorodiscordante compartilhada, mas como um terreno fértil para o entendimento tanto das negociações sobre o risco quanto para as relações de gênero a partir do *status* sorológico.

Todavia, as vantagens da entrevista vão além da sua utilidade como técnica de pesquisa. No estudo de pessoas que vivem situações muito difíceis, como é o caso dos casais pesquisados, a entrevista pode funcionar como um espaço de escuta, de reflexão e desabafo. Para o entrevistador, por sua vez, o contato com o sofrimento e a dor dos entrevistados exige o exercício de uma compreensão sensível, capaz de traçar as pontes entre experiências de vida muito diversas (PERRUSI; FRANCH, et.al, 2010, p. 49).

Neste sentido, como foi afirmado no relatório final da pesquisa sobre “os casais sorodiscordantes para o HIV”, a entrada em um campo marcado pela estigmatização e por situações difíceis exige do pesquisador um esforço heurístico para lidar com a dor do outro, com os silêncios e os choros, e ainda assim fazer deste diálogo – que em alguns momentos assume o papel de escuta – uma fonte de compreensão das experiências narradas.

A decisão de alguns casais de esconder (seja de amigos ou parentes) sua condição sorológica também acabou por fazer – para alguns sujeitos investigados – da entrevista uma ocasião de desabafo, de compartilhar uma dor que nem mesmo o parceiro tem conhecimento:

Você está conhecendo a história da gente, se você tivesse na minha situação, sinceramente, eu garanto que você não ia saber o que fazer. Por que eu não tenho [silêncio], a minha família não sabe, não tenho ninguém pra conversar.
(SORONEGATIVA DO CASAL XXII)

O diálogo individual com cada membro do casal nos revelou que determinados assuntos sobre a situação de sorodiscordância são velados em prol da estabilidade conjugal. Com isso, a entrevista perpassa desde pedidos de ajuda sobre como lidar com tais assuntos, até o fechamento dos entrevistados que, em busca da preservação de tais segredos, negavam-se a abrir sua intimidade a um estranho.

Dentre os desafios enfrentados nas entrevistas quanto ao recolhimento dos pesquisados, podemos elencar como relevantes o desconforto e a inibição diante de algumas perguntas sobre as práticas sexuais e o meio de transmissão do HIV. Podemos perceber o constrangimento no depoimento abaixo:

O que você mais gosta de fazer com ele, em termos de relação sexual?
Vamos dizer que o (silêncio) normal de um casal, normal (risos).
(SOROPOSITIVA DO CASAL II)

Que tipo de relações sexuais vocês gostam?
O sexo normal de um casal.
(SORONEGATIVA DO CASAL XII)

O silêncio enquanto reflete sobre o que deve ser dito e o riso da entrevistada do casal II dão o tom das inibições quando as questões eram sobre a sexualidade; o não dito nos diz mais do que as próprias falas, pois apontam quais são os assuntos penosos para os sujeitos da pesquisa, as dificuldades e inibições para verbalizar as experiências sexuais. No segundo depoimento, a fala reticente da entrevistada delimita o termo “normal” em relação ao que ela acredita ser condizente com um relacionamento marital, entretanto, tendo em vista a relatividade do que pode ser entendido por “normal”, se fez necessário a investigação dos sentidos atribuídos a este. Para tal compreensão, foram acionados outros modos de especificação dos tipos de práticas para que assim chegássemos a um entendimento compartilhado sobre o que significa “normal” para cada entrevistado, e mais, se este compunha um *script* de práticas sexuais para o grupo analisado.

Como bem explica Luiz Fernando Dias Duarte sobre as narrativas dos casais no prefácio do livro “Dois é Par” de Heilborn (2004, p.8):

Não falam eles de fórmulas abstratas, de ambições vagas ou formais: expressam uma trama vivencial densa em que fórmulas e ambições se enovelaram nos dramas concretos da vida a dois, com maior ou menor sucesso.

Nas entrevistas em profundidade, o entrevistado não foi percebido como um mero informante, ao inverso, ele desenvolveu um papel ativo que condicionou o nosso processo cognoscitivo. Ele teve uma dupla função: de um lado, foi parte do nosso objeto de estudo, e do outro, enquanto sujeito discursivo, agiu também como mediador entre o nós e o seu universo sorodiscordante.

Os entrevistados, como sujeitos de conhecimento, produziram e transmitiram seletivamente um tipo de conhecimento (MELLUCI, 2005) e uma interpretação da realidade examinada, por isso, a entrevista nos levou a determinados temas em que as dificuldades na condução do diálogo eram reveladoras das situações caras os sujeitos investigados. Este instrumento de pesquisa também nos indicou as formas de administração e negociação da convivência com o HIV através das tentativas de minimização dos impactos da diferença sorológica; o que acabou por nos direcionar aos significados que os sentimentos – amor, confiança, solidariedade, gratidão e companheirismo – e o projeto a dois assumem para o casal.

Diante do quadro exposto, após a finalização das entrevistas e dos diários de campo foi dado início ao trabalho de interpretação do material colhido. Com a transcrição feita, todos os membros do grupo analisaram individualmente os dados e posteriormente formamos oficinas de trabalho para discutir as interpretações. O resultado das discussões coletivas conduziu à delimitação do material em três eixos analíticos: o eixo um era composto pela conjugalidade, pela relação de confiança e as práticas sexuais; o segundo, pelas questões sobre o cotidiano, estigma e segredo; e o terceiro versava sobre a negociação do risco. Assim, organizamos o trabalho de interpretação com base nos eixos encontrados e também nos dividimos de acordo com este para a produção tanto do relatório quanto do livro com os resultados da pesquisa (no prelo).

Tendo como referência as discussões coletivas e as bases analíticas encontradas, segui para a construção deste trabalho. Primeiramente, retomei a interpretação de todo o material colhido a fim de buscar respostas, ou melhor, compreensões sobre as questões que orientam o estudo. Embora o trabalho em equipe tenha me proporcionado um despertar para a multiplicidade dos sentidos atribuídos à conjugalidade sorodiscordante, o retorno solitário aos dados me permitiu abordar outras distintas esferas da convivência com o HIV, como também deu expressão às minhas preferências teórico-metodológicas.

Valendo-me da abordagem fenomenológica e do interacionismo simbólico, apoiei-me no ideário de que a interação intersubjetiva modela a experiência dos cônjuges; o que é

determinante para os significados que estes atribuem à convivência sorodiscordante. Considerando que o sentido emerge do processo de interação entre as pessoas, isto é, não é dado a priori como elemento constituinte da psique, recorri à fenomenologia por compartilhar com o ideário segundo o qual “de início e na maioria das vezes, os fenômenos *não* se dão” (GALEFFI, 2000, p. 31) de imediato, e é por isso que o resgate das experiências dos sujeitos investigados proporciona a revelação do oposto do fenômeno, ou seja, o encobrimento.

No que se refere ao interacionismo simbólico, a concepção de que as pessoas criam significados, desejos e símbolos na interação possibilitou a compreensão dos significados dos contextos particulares nos quais a ação é desempenhada e os propósitos nela envolvidos. Mas, ainda que a interação (sobretudo conjugal) seja percebida aqui como motor da dinâmica social, não perdemos de vista a esfera de valores que lhe é anterior.

Assim, o meu percurso interpretativo se deu da seguinte forma: analisei individualmente cada entrevistado e separei as questões mais significantes para este; em seguida, analisei o casal e a construção do seu universo diádico buscando as conexões ou disparidades entre as narrativas; e após a formação de um mapa com a configuração conjugal de cada par fiz um quadro comparativo entrecruzando as categorias encontradas.

Desse modo, ao reconstruir a sistematização dos dados encontrei outras conexões além dos eixos interpretados em grupo e a partir de então formei novas categorias analíticas, a saber, as configurações conjugais sorodiscordantes e as redes de sociabilidades versando sobre as interações conjugais com sorologia distinta para o HIV, envolvendo as questões de confiança, de segredo e a dinâmica interna e externa do casal. Foram observados também a soropositividade como recurso de poder tematizando os significados atribuídos à condição sorológica e suas implicações para a negociação do risco e as relações de gênero; e enfim, a sexualidade, a reprodução e a produção de positivities em que as mudanças no projeto diádico (que inclusive, podem sim serem positivas), as práticas sexuais e a decisão de ter filhos dão o norte da convivência com o HIV/Aids.

A organização do material em eixos analíticos também revelou distinções entre os casais que iniciaram o relacionamento antes do conhecimento da soropositividade de um dos membros da díade (o qual é denominado pela literatura como pré-diagnóstico) e os casais que se formaram tendo ciência da diferença sorológica (chamados de pós-diagnóstico), por isso, as interações conjugais foram analisadas a partir de tal categorização (pré e pós-diagnóstico). Em suma, como se pode ver, as categorias abordam desde questões referentes à organização interna do par, às negociações do risco, às questões de gênero e às práticas sexuais, até a

dinâmica externa, como as relações com os serviços de saúde e as redes de sociabilidade – família e instituições.

1.2.3 Perfil dos casais entrevistados

O universo de nossa pesquisa foi composta, como já foi dito anteriormente, por pessoas de grupos de baixa renda²⁶, porém, a homogeneidade encontrada no aspecto socioeconômico não pode ser vista na faixa etária. De acordo com a tabela abaixo, a composição etária é bem diversa e ainda que o grupo com maior representatividade fosse de pessoas entre 30 e 39 anos, as implicações do número de entrevistados que não declararam a idade devem ser consideradas.

A este respeito, a extensa margem etária (de 20 a 58 anos) nos possibilitou compreender o universo sorodiscordante a partir de diferentes contextos geracionais, bem como, perceber as diferentes visões de mundo e relações de gênero a partir desta. As diferenças etárias entre os membros do casal se deram em maior número entre homens mais velhos e mulheres mais jovens, ainda que em 4 casais as mulheres eram mais velhas que o parceiro. As discrepâncias etárias apareceram para alguns casais como um agravante para a discordância sorológica, já para outros, as diferenças compõem a balança de trocas (como quando a mulher HIV+ é mais jovem a diferença etária pode ser utilizada como contraponto a soropositividade) da relação diádica.

Embora não tenhamos estatísticas sobre os casais sorodiscordantes no Brasil, os dados convergem tanto com a população de casais sorodiscordantes estudados por Maksud (2007) quanto com o boletim epidemiológico²⁷ (2010) em que a faixa etária com maior incidência de casos de pessoas soropositivas é entre 20 e 59 anos.

²⁶ A renda média dos entrevistados era entre um (R\$ 465,00) e três salários mínimos. Apenas no casal I, como já foi dito anteriormente, o homem soronegativo afirmou ter a renda de R\$ 7.500,00, porém, além do *ethos* do casal se aproximar com o do grupo de baixa renda, a sua esposa afirmou na entrevista que não sabia precisar o valor exato, mas achava que o marido recebia um salário mínimo.

²⁷ Seria pertinente ressaltar que o mesmo boletim também anunciou um aumento significativo de casos de indivíduos acima de 60 anos com o vírus do HIV.

PERFIL DOS CASAIS ENTREVISTADOS												
CASAL	GÊNERO	SOROLOGIA	IDADE	ESCOLARIDADE	OCUPAÇÃO	MORADIA	RENDA	TIPO DE VÍNCULO	TEMPO DE RELACIONAMENTO	FILHOS DO CASAL	FILHOS DE RELACIONAMENTOS	CASAMENTOS ANTERIORES
CASAL I	PARCEIRA	HIV +	31 ANOS	ENSINO FUNDAMENTAL	DO LAR	CASA PRÓPRIA EM JOÃO PESSOA	-	UNIÃO FORMAL (CIVIL)	4 ANOS	1	1	1
	PARCEIRO	HIV -	54 ANOS	ENSINO TÉCNICO	PRESTADOR DE		R\$ 1.500,00				2	1
CASAL II	PARCEIRA	HIV +	26 ANOS	ENSINO MÉDIO	DO LAR	CASA PRÓPRIA EM JOÃO PESSOA	-	UNIÃO INFORMAL	8 ANOS	2	-	-
	PARCEIRO	HIV -	35 ANOS	ENSINO MÉDIO	FABRICANTE DA CAPA		R\$ 1.335,00				-	-
CASAL III	PARCEIRA	HIV +	34 ANOS	NÃO INFORMADO	COMERCIANTE E PENSIONISTA	CASA PRÓPRIA EM JOÃO PESSOA	R\$ 1.000,00 (O AUXÍLIO DOENÇA ESTÁ INCLuíDO NO CÁLCULO)	UNIÃO FORMAL (CIVIL)	DOIS ANOS	-	2	2
	PARCEIRO	HIV -	43 ANOS	ENSINO FUNDAMENTAL	DESEMPREGADO		-				1	1
CASAL IV	PARCEIRA	HIV +	36 ANOS	ENSINO MÉDIO INCOMPLETO	AUTÔNOMA	CASA PRÓPRIA EM JOÃO PESSOA	R\$ 500,00 (O AUXÍLIO DOENÇA ESTÁ INCLuíDO NO CÁLCULO)	UNIÃO INFORMAL	17 ANOS	1	1	1
	PARCEIRO	HIV -	32 ANOS	ENSINO MÉDIO	MECÂNICO		R\$ 1.000,00				-	-
CASAL V	PARCEIRA	HIV +	39 ANOS	ENSINO FUNDAMENTAL	AGRICULTORA	ASSENTAMENTO DO INCRA EM MONTEIRO	R\$ 180,00 (PENSÃO DA FILHA)	UNIÃO INFORMAL	1 ANO	GESTAÇÃO	2	1
	PARCEIRO	HIV -	58 ANOS	ENSINO FUNDAMENTAL	APOSENTADO/AGRICUL		R\$ 300,00				3	1
CASAL VI	PARCEIRA	HIV +	26 ANOS	NÃO INFORMADO	AGENTE DE LIMPEZA	CASA PRÓPRIA EM JOÃO PESSOA	R\$ 500,00	UNIÃO INFORMAL	1 ANO E 2 MESES	-	1	1
	PARCEIRO	HIV -	30 ANOS	NÃO INFORMADO	AGENTE DE LIMPEZA		R\$ 500,00				2	1
CASAL VII	PARCEIRA	HIV +	26 ANOS	ENSINO MÉDIO COMPLETO	BENEFICIÁRIA DO INSS	CASA PRÓPRIA EM JOÃO PESSOA	R\$ 600,00 (SALÁRIO MÍNIMO SOMADO A DOIS AUXÍLIOS BOLSA FAMÍLIA)	UNIÃO INFORMAL	3 ANOS	-	-	-
	PARCEIRO	HIV -	36 ANOS	ENSINO FUNDAMENTAL	AUXILIAR DE SERVIÇOS		R\$ 465,00				-	-
CASAL VIII	PARCEIRA	HIV +	40 ANOS	ENSINO MÉDIO	DESEMPREGADA	CASA PRÓPRIA EM JOÃO PESSOA	600 (PENSÃO DAS FILHAS)	UNIÃO INFORMAL	3 ANOS	-	4	3
	PARCEIRO	HIV -	33 ANOS	ENSINO FUNDAMENTAL	AUXILIAR DE SERVIÇOS		R\$ 480,00				-	-
CASAL IX	PARCEIRA	HIV +	25 ANOS	ENSINO MÉDIO	AUTÔNOMA	NÃO-COABITAM (JOÃO PESSOA)¹	R\$ 100,00	UNIÃO INFORMAL	1 ANO	GESTAÇÃO	1	1
	PARCEIRO	HIV -	31 ANOS	NÃO INFORMADO	DESEMPREGADO		-				-	-
CASAL X	PARCEIRA	HIV +	39 ANOS	ENSINO FUNDAMENTAL	BENEFICIÁRIA DO INSS	NÃO-COABITAM (JOÃO PESSOA)¹	R\$ 465,00	UNIÃO INFORMAL	2 ANOS	1	1	1
	PARCEIRO	HIV -	46 ANOS	ENSINO FUNDAMENTAL	AUXILIAR DE SERVIÇOS		R\$ 800,00				4	3
CASAL XI	PARCEIRA	HIV +	32 ANOS	ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO	BENEFICIÁRIA DO INSS	NÃO INFORMADO	R\$ 600,00 (UM SALÁRIO MÍNIMO SOMADO AO AUXÍLIO BOLSA	UNIÃO INFORMAL	13 ANOS	-	5	2
	PARCEIRO	HIV -	45 ANOS	ENSINO FUNDAMENTAL	DESEMPREGADO		-				2	1
CASAL XII	PARCEIRA	HIV -	NÃO	ENSINO FUNDAMENTAL	DIARISTA	CASA PRÓPRIA EM JOÃO PESSOA	R\$ 465,00	UNIÃO FORMAL	28 ANOS	2	-	-
	PARCEIRO	HIV +	47 ANOS	ENSINO MÉDIO	APOSENTADO		R\$ 465,00				-	-
CASAL XIII	PARCEIRA	HIV +	41 ANOS	ENSINO FUNDAMENTAL	BENEFICIÁRIA DO INSS	SÍTIO ALUGADO EM GRAMAME	R\$ 465,00	UNIÃO INFORMAL	6 ANOS	-	1	2
	PARCEIRO	HIV -	43 ANOS	NÃO INFORMADO	OPERÁRIO FABRIL		R\$ 465,00				-	-
CASAL XIV	PARCEIRA	HIV +	43 ANOS	ENSINO FUNDAMENTAL	BENEFICIÁRIA DO INSS	SÍTIO PRÓPRIO EM PEDRAS DE FOGO	R\$ 465,00	UNIÃO INFORMAL	14 ANOS	3	-	-
	PARCEIRO	HIV -	36 ANOS	ENSINO FUNDAMENTAL	SERVENTE DE		R\$ 465,00				-	-
CASAL XV	PARCEIRA	HIV +	20 ANOS	NÃO INFORMADO	DO LAR	CASA PRÓPRIA EM ITAPOROROCA	-	UNIÃO INFORMAL	3 ANOS	2	-	-
	PARCEIRO	HIV -	27 ANOS	NÃO INFORMADO	PEDREIRO		R\$ 300,00				-	-
CASAL XVI	PARCEIRA	HIV +	27 ANOS	ENSINO FUNDAMENTAL	DESEMPREGADA	MORAM COM PARENTES EM	-	UNIÃO INFORMAL	13 ANOS	2	-	-
	PARCEIRO	HIV -	26 ANOS	ENSINO FUNDAMENTAL	COMERCIANTE		NÃO INFORMADO				-	-
CASAL XVII	PARCEIRA	HIV +	28 ANOS	ENSINO FUNDAMENTAL	DESEMPREGADA	CASA DOADA POR PARENTES EM JOÃO	-	UNIÃO INFORMAL	6 ANOS	2	3	1
	PARCEIRO	HIV -	27 ANOS	ENSINO FUNDAMENTAL	AUXILIAR DE SERVIÇOS		R\$ 465,00				-	1
CASAL XVIII	PARCEIRA	HIV -	46 ANOS	SEMI-ANALFABETO	FAXINEIRA	NÃO-COABITAM (JOÃO PESSOA)¹	R\$ 465,00	UNIÃO FORMAL (CIVIL)	3 ANOS	-	2	1
	PARCEIRO	HIV +	40 ANOS	ENSINO FUNDAMENTAL	BENEFICIÁRIO DO INSS		R\$ 465,00				5	5
CASAL XIX	PARCEIRA	HIV +	35 ANOS	NÃO INFORMADO	BENEFICIÁRIA DO INSS	CASA PRÓPRIA EM PEDRAS DE FOGO	R\$ 465,00	UNIÃO FORMAL (CIVIL)	1 ANO E MEIO	-	2	1
	PARCEIRO	HIV -	56 ANOS	SEMI-ANALFABETO	APOSENTADO		R\$ 870,00				-	1
CASAL XX	PARCEIRA	HIV +	29 ANOS	ENSINO MÉDIO	AUTÔNOMA	CASA ALUGADA EM RIO TINTO	R\$ 200,00	UNIÃO INFORMAL	7 ANOS	1	2	1
	PARCEIRO	HIV -	31 ANOS	NÃO INFORMADO	MECÂNICO		R\$ 480,00				-	-
CASAL XXI	PARCEIRA	HIV +	24 ANOS	ENSINO FUNDAMENTAL	DO LAR	CASA PRÓPRIA EM JOÃO PESSOA	-	UNIÃO INFORMAL	9 MESES	GESTAÇÃO	-	-
	PARCEIRO	HIV -	37 ANOS	ENSINO FUNDAMENTAL	LAVADOR DE CARROS		R\$ 465,00				-	-
CASAL XXII	PARCEIRA	HIV -	29 ANOS	CURSO TÉCNICO	TÉCNICA EM	NÃO-COABITAM (JOÃO PESSOA) 4	R\$ 232,50	UNIÃO INFORMAL	2 ANOS	-	-	-
	PARCEIRO	HIV +	31 ANOS	ENSINO FUNDAMENTAL	BENEFICIÁRIO DO INSS		R\$ 465,00				1	1

^[1] O casal namorava, mas após a gestação o vínculo mudou e passaram a se perceber como marido e mulher, todavia, por causa da situação financeira, não moram juntos. Situação esta que pretendem modificar assim que ele for empregado.

^[2] O casal está passando por um momento de crise, por isso, estão morando em casas separadas. Entretanto, apenas o marido comentou a situação na entrevista, e mais, ele afirmou que este seria um problema temporário – após a passagem da crise ele pretende voltar para casa.

^[3] No momento da entrevista, o casal não estava morando junto devido uma reforma na residência. Ele estava na casa da mãe e ela na casa de parentes.

^[4] O casal está noivo, mas ela dorme alguns dias da semana na casa do parceiro.

Salário mínimo vigente – R\$ 465,00; Bolsa Família R\$ 60,00

No que se refere à escolaridade do grupo analisado, temos desde entrevistados semi-analfabetos a pessoas com ensino técnico. Entretanto, o ensino fundamental incompleto apresentou maior incidência no grupo pesquisado. Não foram encontradas significativas diferenças no grau de escolaridade entre os cônjuges, nem diferenças escolares entre os sexos.

Em relação à composição da renda dos sujeitos pesquisados, ela é bem diversa, com casais em que ambos trabalham, em outros, apenas o parceiro do sexo masculino possui renda, e ainda têm as pessoas que vivem dos benefícios do governo (auxílio-doença, bolsa-família e bolsa escola dos filhos). As mulheres trabalham como auxiliares de serviços, diaristas, agricultoras ou são autônomas, prestando algum serviço ou vendendo algo para ajudar no orçamento doméstico.

Apenas 5 mulheres dependiam exclusivamente do marido, já que as que alegaram estar desempregadas complementavam a renda do marido com trabalhos informais (cortando cabelo em casa, atuando como manicure ou vendendo cosméticos). Em alguns casos, a dependência financeira feminina apareceu como um elemento complicador para as assimetrias de gênero somando, juntamente com a diferença sorológica, um componente a menos na balança conjugal, isto é, quando a mulher é o soropositivo da relação conjugal.

Apresentando maior margem de vínculos empregatícios formais, os homens pesquisados trabalhavam em diferentes ramos, que iam desde operários de fábricas até serventes de pedreiro, pescador, agricultor, auxiliar de cozinha, além de beneficiário do INSS e aposentado. No universo masculino, em uma das 3 situações em que o homem não tinha renda e era o parceiro soronegativo da relação (o homem soropositivo e sem renda não apareceu em nossos dados), a desvantagem social do seu desemprego contrabalançava com a soropositividade da parceira.

Mesmo sendo diversa quanto aos tipos de trabalhos e auxílios, a renda comum do grupo investigado é em média dois salários mínimos (exceto a situação do casal I e II), o que demonstra a “situação de classe²⁸” do grupo investigado.

De outro modo, em relação ao tipo de vínculo formado pelos casais, verificou-se que as uniões de fato (ou informais) têm maior expressão nos relacionamentos investigados. O vínculo informal não se mostrou um ponto diferenciador para a convivência com o HIV, tudo indica que isso se deva ao fato de os casais não perceberem nem a formalidade nem a

²⁸ De acordo com Max Weber (1982), a situação de classe é a delimitação de um indivíduo em determinado grupo social através de critérios estritamente econômicos.

informalidade como elemento estruturante da configuração diádica, muito embora possa ser atribuído maior valor social ao vínculo formal. Como nos indica Anália Torres (1996), a lógica institucional que uniria as pessoas há muito perdeu seu élan. O que de fato produziu mudanças na convivência com o HIV/Aids foi o tempo de relacionamento e o tipo de configuração conjugal.

Se por um lado, o tipo de vínculo não se mostrou um elemento complicador para a conjugalidade sorodiscordante, não se pode dizer o mesmo da composição do grupo familiar (pais-filhos-enteados). A formação de casais que estão em uma segunda, terceira ou quarta união conjugal acabou por acarretar a convivência entre filhos de diferentes casamentos, bem como a organização de diferentes redes de interações entre avós e netos, enteados e madrastas/padrastos, dentre outras relações. A lógica conjugal desses casais passou a ter em conta estas relações que podem ter interferência direta na dinâmica interna dos cônjuges. Em outras palavras, a convivência com o HIV perpassaria estas composições familiares e a discordância sorológica (principalmente quando se guarda em segredo) poderia alterar o fluxo das relações.

Assim sendo, após a incursão no percurso metodológico traçado e a apresentação do perfil dos casais entrevistados, seguiremos para a discussão sobre a formação dos casais sorodiscordantes de grupos populares e suas interações conjugais em situação de diferença sorológica.

CAPÍTULO II

Tecendo os laços: arranjos conjugais no contexto da sorodiscordância para o HIV

2.1. Configurações conjugais sorodiscordantes em camadas populares

A criação do vínculo conjugal pode perpassar diferentes caminhos, sendo lugar comum pensá-lo apenas com base nas experiências a dois. Entretanto, o universo social e cultural dos casais também diz muito sobre as configurações do elo conjugal. Assim, similitudes quanto ao modo de aproximação inicial entre os pares – por meio de amigos e vizinhos –, às diferenças etárias, bem como, à condução do cotidiano conjugal apontam para as implicações dos determinantes socioculturais na escolha dos parceiros e na própria dinâmica diádica.

Considerando a prerrogativa de Singly (2007) em que o indivíduo não está ligado apenas a um elo e posto os seus diversos pertencimentos, a configuração conjugal não estaria fora dos múltiplos fios que compõem o vínculo social. As regularidades e aproximações nos modos de formação dos casais encontradas nas entrevistas, a saber, pré-diagnóstico e pós-diagnóstico, dão o tom das normas implícitas que regem a construção da relação diádica – como equivalência social, cultural e complementaridade sexual – assim como, revelam o imbricamento das diferentes biografias, tal qual verificada por Maksud (2007) em sua pesquisa. Neste sentido, tudo indica que a criação destes vínculos conjugais se dá através de recursos pessoais, sociais e sexuais.

Embora os casais sorodiscordantes investigados sejam moradores de diferentes municípios e componham grupos com diferentes faixas-etárias, percebe-se que, tanto para os casais que são formados pré-diagnóstico quanto para os casais pós-diagnóstico, a vizinhança e os amigos desempenham um importante papel para o encontro inicial da díade. A proximidade das residências, os lugares de lazer frequentados no bairro de moradia indicam o lugar da rede de sociabilidade, do meio social imediato na escolha do parceiro. Verifica-se esta correlação quando os entrevistados são indagados sobre o início da relação e alguns membros da díade afirmam a proximidade espacial e o intermédio de amigos como elementos que contribuíram para a formação do casal:

Faz muito tempo que conheço. Ela sempre morou aqui próximo. Deve fazer uns dez anos ou mais.

(HOMEM HIV -, CASAL III)

Como que você a conheceu?

No bairro mesmo, através de um trabalho de colégio há 17 anos.

Você conheceu ela em qual circunstância?

Ela estava precisando fazer um trabalho do colégio e eu tinha o livro. Aí cruzaram-se os caminhos.

Começaram a namorar?

Começamos a namorar e aí estamos juntos até hoje.

(HOMEM HIV -, CASAL IV)

Como você conheceu sua parceira, foi num bar, foi na rua?

Não, em bar não, fico é com medo, que lá nem bar tem.

O conhecimento que eu me aproximei dela foi lá na casa de um vizinho, que ela gostava muito de assistir novela.

Lá nós encontramos, conhecemos.

(HOMEM HIV -, CASAL XIV)

A familiaridade, a possibilidade de obter informações confiáveis sobre o futuro parceiro, e a previsibilidade de encontrar um cônjuge que compartilhe do mesmo círculo social parecem ser componentes que servem de esteio para que o encontro se torne um relacionamento. Desse modo, se os casais que iniciam a relação sem a presença do vírus HIV em suas trajetórias já recorrem à conexidade da vizinhança e a proximidade social; para os casais pós-diagnóstico, as condições em que os pares se conheceram, a avaliação do meio social sobre a conduta de ambos os membros da díade ganha mais força e se mostrou primordial para a decisão de se envolver com o parceiro.

Vale salientar que dentre os cônjuges entrevistados, os casais pré-diagnóstico são em maior número – como tem mostrado o quadro abaixo –, todavia, a díade pós-diagnóstico tem expressiva presença no nosso material empírico. A disposição para iniciar uma relação sorodiscordante tendo conhecimento da sorologia distinta do parceiro pode ser interpretada como resultado da re-significação da Aids/HIV no imaginário social. Com isso, endossamos a assertiva de Knauth (2003, p. 38) em que “a existência de casais sorodiscordantes atesta o fato de que as pessoas infectadas pelo HIV são boas, desejadas, amadas e queridas e, portanto, não estão completamente excluídas”.

FORMAÇÃO DOS CASAIS		
Casais Pré-diagnóstico	Homem HIV +	Mulher HIV +
	2	12
Total de casais	14	
Casais Pós-diagnóstico	Homem HIV +	Mulher HIV+
	1	7
Total de casais	08	

O período logo após a descoberta da soropositividade é permeado pelo questionamento da possibilidade de se conviver com o HIV, sobretudo, do ponto de vista conjugal. Tendo em vista que uma significativa parcela dos casais investigados é composta por mulheres soropositivas, e nos casos dos membros soropositivos que formam a díade pós-diagnóstico, a descoberta da soropositividade comumente vem acompanhada ou é posterior à morte do antigo parceiro, tem-se, para algumas mulheres, um período de aprender a conviver com o HIV, e neste momento, construir uma nova vida conjugal não estaria em seus projetos.

Se de um lado, as mulheres soropositivas pesquisadas por Knauth (1999) em “Subjetividade feminina e soropositividade” procuravam restabelecer vínculos com antigos parceiros ou estabelecer novo relacionamento como mecanismo de manutenção da moral de mulher respeitável das camadas populares; de outro modo, as mulheres que entrevistamos experimentaram um período de recolhimento e desinteresse por novos relacionamentos. Tudo indica que a morte do antigo parceiro tenha sido um fator determinante para que estas mulheres tivessem não apenas um período de luto, mas também o receio de investir em uma

nova conjugalidade. Assim, a entrada de um novo companheiro em suas vidas vem acompanhada de certos medos – como o de serem estigmatizadas, ou que o pretendente não “aceite” a situação de sorodiscordância –, por isso, conhecer a história de vida do futuro cônjuge e sua visão de mundo é uma forma de avaliar as possibilidades de construir uma vida conjugal sorodiscordante antes de expor a sua condição de ser soropositivo e abrir sua intimidade.

Do ponto de vista do par soronegativo, as informações adquiridas na vizinhança, a familiaridade com o seu círculo social remonta e legitima a trajetória da parceira (o) e qualifica seu discurso sobre o modo de contágio. Assim, não se transporta para a conjugalidade acusações ou julgamentos morais.

Na medida em que, como indica Bott (1976), as “normas ideais”, isto é, o comportamento esperado pelos parceiros seja orientado pelas referências da rede de sociabilidade, tem-se em vista que o (a) pretendente compartilha de certos padrões fixos de comportamentos conjugais – os quais ganham uma impressão própria de cada díade durante a relação –, com isso, usa-se a proximidade física e moral como parâmetro para julgar através da identificação com “iguais” (vizinhos e amigos) as expectativas de desempenho enquanto marido e esposa.

A projeção e a significação que são atribuídas à rede de sociabilidade²⁹ imediata, ou seja, aos familiares, vizinhos e amigos que moram nas proximidades da residência do casal, são percebidas aqui como decorrentes do recorte de classe. Por classes, entende-se “grupos de referência construídos. Elas são usadas pelos indivíduos para estruturar o mundo social e para fazer comparações e avaliações de seu próprio comportamento e do de outras pessoas” (BOTT, 1976, p. 170).

Dada a ênfase da sociabilidade das camadas populares no local de moradia, o estreitamento das relações com a vizinhança requalifica o vizinho enquanto um “pseudoparente” (SARTI, 1996). Um exemplo de tal status pode ser percebido no vínculo de compadrio, que surge como inclusão do amigo no seio da família. Ao invés do vínculo de sangue, cria-se o laço por escolha! De acordo com a caracterização que Sarti (1996) faz das redes de relações das camadas populares brasileiras, os laços fundamentais que unem as pessoas são as obrigações morais. Mais que os elos de sangue, a “moral de reciprocidade”

²⁹ Por rede, entende-se a dinâmica de relações que se cruzam em um determinado sistema social (BOTT, 1969, HEIBORN, 2004).

baseada no dar, receber e retribuir configura o que a autora chama de “moral dos pobres”. Aqui, a família e os vizinhos seriam os parâmetros morais, o espelho no qual os indivíduos economicamente pobres construiriam sua identidade social.

Estudos sobre camadas populares brasileiras (HEILBORN & GOUVEIA, 1999; SARTI, 1996; FONSECA, 2002; SALEM, 2006) apontam para a força de uma moralidade legitimada pela família (e pelos vizinhos) na articulação diádica dos valores relativos à vida conjugal, à sexualidade, bem como, às relações de gênero. Orientados pelo modelo holista de Dumont (1979), tais estudos enfatizam o englobamento dos sujeitos das camadas populares por valores configurados pela ordem moral familiar. Assim, na sociedade holista, os indivíduos são definidos por seus laços, já na sociedade dita individualista, os indivíduos se constroem enquanto seres “autônomos” e “livres” – bem como se aventava nas prerrogativas da Revolução Francesa.

Nesta linha de raciocínio, teríamos uma lógica holista e uma lógica individualista de pensar os casais. A primeira lógica teria como primazia a consanguinidade e suas relações com a “rede estreita³⁰”, e a segunda, a conjugalidade com seus indivíduos juntos e livres.

Salem (2006) recorre ao paradigma holista e ao individualista para diferenciar os pólos que norteiam a vivência dos indivíduos de camadas populares e camadas médias. Desse modo, a característica central dos casais de camadas médias (ditos modernos e igualitários) seria a autonomia frente às relações familiares, ou qualquer outro regulador externo ao casal. Aqui, o ponto nodal seria à adesão a ideologia individualista; assim, a autonomia buscada pela diáde tipificada como moderna perpassaria a impossibilidade de reduzir a conjugalidade a qualquer outra esfera que não seja construída entre os parceiros. Logo, seguindo tal classificação, a diáde de camadas populares seria entendida através de um modelo hierárquico de gênero referendado pelo paradigma dito “holista”. Ou seja, os pares desta camada social teriam como esteio uma ordem moral mais correlacionada à família e/ou a outras redes sociais.

Na contramão da dualidade entre o modelo holista e o individualista, Jeni Vaitsman (2002, p.42) defende que o particularismo da sociedade brasileira não nos autoriza a enquadrá-la nos modelos típicos e clássicos das sociedades ocidentais modernas. Ao inverso, a coexistência de lógicas individualistas e universalistas está inerente na dinâmica nacional

³⁰ Nos termos de Bott (1976), pode-se definir a rede estreita como uma teia de relacionamentos que liga amigos, vizinhos e familiares em um círculo social imediato.

“na verdade, as duas explicações não se excluem, mas se reforçam, pois indicam, em diferentes planos, como funcionam, na sociedade brasileira, algumas das relações possíveis entre universalismo e particularismo, igualdade e diferença”.

Reconhecendo o “valor-família” para as camadas populares, mas sem desconsiderar a coexistência de diferentes configurações conjugais, sobretudo, tendo em vista a entrada do vírus na vida a dois, não utilizaremos aqui a noção de modelo conjugal tradicional (ou holista) como eixo norteador da nossa problemática, visto que, “Embora essas dinâmicas conjugais se desenrolem no contexto das classes populares, identificadas com o ideário holista, elas não se submeteriam incondicionalmente a esse ideário” (SILVA & COUTO, 2009, p.90). Na verdade, nosso material empírico não indica a classificação do universo de pesquisa em tais tipificações, mas, diferentemente, pressupõe o atravessamento parcial de diferentes lógicas conjugais que ora se aproximam e solicitam o apoio da rede de sociabilidade, ora significam a conjugalidade sorodiscordante sem fazer referência ao contexto familiar.

De fato, as fronteiras erguidas no contexto teórico entre o modelo holista e o individualista se mostram bastantes fluidas em termos práticos, quando não se mesclam. Talvez, tal fluidez se deva a assertiva de Fonseca (2002, p.39) que assinala “que mesmo nas classes médias brasileiras, a família moderna, isto é, nuclear e fechada, alheia à influência do clã, não é tão comum quanto, por exemplo, nos Estados Unidos”.

Embora não tenhamos dedicado o nosso olhar para as questões de pertencimento de classe, as falas sobre as redes de interações sociais, sobre a cotidianidade e os projetos futuros nos sugerem as percepções sobre a camada social na qual os sujeitos pesquisados estão inclusos. Se distanciando do arcabouço teórico que situa as “classes sociais” enquanto grupos concretos, nossos dados propõem que a concepção que os entrevistados têm sobre o seu lugar na sociedade não é unívoca, nem tão pouco, precisa. Desse modo, verifica-se, tal qual atenta Bott (1976), que as ideias sobre classe são resultado do mundo vivido das pessoas investigadas.

A restrição dos sujeitos pesquisados às camadas populares, dado às limitações metodológicas já citadas, não nos autoriza a limitar o campo de visão a uma única percepção sobre o *modus vivendi* dos entrevistados. Ao inverso, a localização da moradia – na área rural ou urbana –, o momento de entrada do vírus na vida do casal e o tipo de relação que é mantida com os familiares, redefinem os grupos de referência pelos quais a diáde orienta suas ações,

da mesma forma que traz implicações para o modo pelo qual os pares avaliam o seu próprio comportamento conjugal.

Entretanto, nos parece pertinente atentar para o papel que os familiares desempenham no momento inicial³¹ de organização da vida conjugal do grupo analisado (mais especificamente dos casais formados pré-diagnóstico), seja como suporte econômico na contribuição para a compra da casa própria, como nos casos dos casais IV, VI, XVII, ou os casais que não coabitam devido à situação financeira e têm o apoio da família, IX, X, XVIII, XXII, seja como legitimador moral da relação, como fica expressa na fala a seguir: “ele é vizinho de casa (...), eu já conhecia há 7 anos, fazia 7 anos que morava perto de mim e nunca viu eu com safadeza, tanto que hoje ela gosta de mim que só, a mãe dele”. (MULHER HIV+, CASAL VIII).

Um segundo aspecto crucial do apoio familiar é, sobretudo, o lugar da avó na criação dos netos. Nos dados da pesquisa, não são raros os casos em que os filhos de relacionamentos anteriores – ou quando os pais são jovens e não criam a criança – têm ficado a cargo dos cuidados de avós e madrinhas. Fonseca (2002) assinala como a “circulação de crianças” o processo social pelo qual as crianças de camadas populares transitam em idas e vindas pelos lares de avós, tios e madrinhas. Antes de reduzir o fenômeno à questão econômica, que de fato contribui para tal circulação, a autora atribui à dinâmica familiar dita extensa a responsabilidade pela forte presença de mães de criação.

No entanto, diferentemente da tese de Fonseca (2002) que correlaciona a “circulação de crianças” à ligação estreita com a rede de apoio e à prioridade da relação de parentesco diante do laço conjugal, verificamos que para 5 dos casais sorodiscordantes investigados, a atuação da avó ou madrinhas não significa que o casal mantenha uma relação estreita com os parentes. Dentre os 15 casais que têm filhos de relacionamentos anteriores, 5 relataram o pouco contato com os filhos e familiares. O distanciamento, mesmo em relação aos filhos, se deve a tais questões: para alguns casais, a distância física (até de cidade), o trabalho de ambos os cônjuges e a construção de uma vida conjugal com um novo parceiro (e os filhos desta relação) redirecionam a atenção a vida a dois; por outro lado, a situação de sorodiscordância deflagrou novas configurações domésticas e sociais.

³¹ É importante enfatizar que no momento inicial de formação dos casais há o suporte familiar, porém, veremos em outro capítulo como a situação de sorodiscordância (para alguns casais) reconfigura a relação entre o casal e a rede, seja em decorrência do segredo sobre a soropositividade de um dos pares, seja pela não-aceitação dos parentes da relação entre pessoas com sorologia distinta para o HIV.

A reconstrução familiar dos outros 10 casais que têm filhos de relacionamentos anteriores nos mostrou como estas díades reconstroem suas trajetórias tendo em vista as suas experiências conjugais e a criação dos filhos. A situação de reconfiguração da vida conjugal instaura o surgimento de distintas relações de parentesco, ou como diria Segalen (1996), “pseudoparentesco”, com meios-irmãos, padrasto, madrasta, avó com status de mãe. A construção de novos laços de parentalidade cria múltiplas imagens de referência que não são necessariamente paternas ou maternas.

Desse modo, ainda sobre a dinâmica familiar reconstruída, para 4 dos 10 casais que vivem com filhos de outros relacionamentos a relação entre madrasta/padrasto e enteados se mostrou um elemento complicador para a vida a dois. Então, é nas alegações de brigas entre os parceiros devido às relações “pseudoparentais” que se verifica a dificuldade de formação das famílias e casais reconstituídos. Por isso, reafirmamos as palavras de Bozon (2004) quando diz que “Tensões entre a conjugalidade e a parentalidade aparecem, inclusive nas situações de recomposição familiar, quando um segundo cônjuge é levado a assumir um papel de pseudoparente” (74). Já para os demais casais em que os membros da díade conseguiram construir laços de filiação, a família se constitui sem maiores problemas, não sendo raros os casos em que a criança não tem nenhuma relação com um dos pais biológicos.

A mobilidade matrimonial encontrada não nos indica que seja uma peculiaridade dos segmentos populares. De acordo com Sarti (1996), a vulnerabilidade da família pobre é explicada pela pressão do papel de pai/provedor e o fracasso das expectativas das mulheres de melhoria de vidas através da conjugalidade. Na contemporaneidade, diferentemente do que defendem Sarti (1996) e Fonseca (2002), tudo indica que a instabilidade conjugal não seria exclusividade deste grupo, e sim, uma consequência da focalização no sentimento e na satisfação mútua como mantenedores da relação – usualmente relacionada a modelos conjugais contemporâneos.

De fato, o que o material empírico sugere é o imbricamento de elementos tidos como integrantes da lógica conjugal de camadas médias na conjugalidade de indivíduos deste segmento, haja vista que, se a família, o casamento e a maternidade seriam os esteios estruturadores de formação da pessoa dos grupos populares (HEILBORN & GOUVEIA, 1999), a dissolução da relação seria venal à identidade social deste indivíduo; quando, o que comumente ocorre, são novas uniões em que as pessoas se redefinem a partir de novos modelos conjugais e parentais.

Dentre os 22 casais sorodiscordantes investigados, apenas 7 estão ambos no primeiro casamento, os demais, ao menos um dos pares da díade já teve outro relacionamento. Algumas separações se justificam pela morte do parceiro portador do HIV. Nos demais casos, a dissolução da união se deve ao desgaste da relação conjugal, cujos motivos mais alegados foram as traições, a violência doméstica e os problemas com ciúmes e bebida.

A instabilidade conjugal encontrada em relacionamentos anteriores não fez com que os sujeitos da pesquisa deixassem de pensar na possibilidade de uma nova conjugalidade – o que pode ser verificado pelo alto número de relacionamentos anteriores, com casais com três, quatro casamentos –, o que sugere, em termos práticos, o relaxamento do ideário de relacionamento indissolúvel, e a consideração da probabilidade de separações no projeto a dois. Nessa perspectiva, as prerrogativas do laço conjugal já “não consegue prever a estabilidade do casamento, ou de outros relacionamentos íntimos. Atualmente, uniões, separações e recasamentos integram a dinâmica das relações afetivo-sexuais [...]” (DIAS & PEIXOTO, 2009, p.133).

Singly (2000) atribui à aplicação dos ideais individuais e à crença no amor a responsabilidade pela instabilidade conjugal contemporânea. Atribuímos à mudança de parceiros dos casais investigados a dois eventos: primeiro, a fragilidade dos laços conjugais hodiernos e a primazia do sentimento no projeto diádico (como afirma Singly); segundo, como já indicamos, a separação devido à mortalidade de parceiros (a) soropositivos (a). Assim, a situação de sorodiscordância não apareceu como motivadora para a dissolução do vínculo – mesmo que no momento de descoberta da soropositividade tenha se cogitado esta hipótese –, isto é, a instabilidade conjugal verificada nos dados não foi em relação aos casais investigados, mas às suas trajetórias, aos seus antigos parceiros; logo, esta seria decorrente da categoria estrutural que é a conjugalidade, e não um fenômeno desencadeado pela sorodiscordância. Contudo, não se pode precisar aqui se a sorodiscordância pode configurar-se como motivo para a separação de outros casais, visto que, o objeto deste trabalho consiste na investigação da díade que decidiu manter o relacionamento.

Desse modo, diferentemente do imaginário social de ameaça mortal do HIV, seja para o ser soropositivo, seja para a vida conjugal, mesmo que os sujeitos da pesquisa reconheçam a probabilidade de separação, nos parece interessante como a entrada do vírus na vida conjugal traz para alguns casais o sentimento de responsabilização e solidariedade, sobretudo, do indivíduo soronegativo em relação ao parceiro(a) soropositivo(a), o que dá peso ao

compromisso mútuo e quiçá suavize os perigos de dissolução da união; embora não deságue em implicações para a formalização da união de fato (ou vínculo informal). A situação de sorodiscordância foi expressa por alguns casais como reafirmação dos laços e como prova de amor:

Bom, eu acho que ela não tem culpa de ter esse problema. Eu vou continuar, não vou abandonar fácil não porque é mais uma razão pra que eu apóie, não tem uma chance maior de ajudar mais.

(HOMEM HIV-, CASAL I)

Por causa disso não vou deixar você não (...) Aí ela começou a gostar mais de mim, disse “eu amo você demais” depois dessa.

(HOMEM HIV-, CASAL XVII)

Não se trata de atribuir ao casal sorodiscordante certa estabilidade conjugal em decorrência da soropositividade de um dos membros da díade, apenas enfatizamos a situação de sorologia distinta para o HIV como um elemento ponderador para a decisão de manter a relação.

No que tange ao tipo de vínculo formado pelos casais, uma correlação que aos nossos olhos parece relevante é o fato dos casais investigados terem vivenciado a instabilidade conjugal com outros parceiros e manterem na conjugalidade atual um vínculo informal (ou união de fato). Ora, se seguirmos a explicação de Segalen (2006) em que as pessoas das classes populares se divorciam pouco devido ao custo e ao peso do processo jurídico, poderíamos supor que o vínculo informal seria um modo de evitar tais despesas, ou uma consequência de um vínculo anterior ainda pendente; porém, diante do histórico de informalidade conjugal com parceiros anteriores e considerando a equidade legal dos direitos entre as “uniões de fato” e os casamentos oficializados no Brasil, nossos dados indicam que a imprevisibilidade do futuro conjugal seria um componente mais significativo para configuração de uma lógica diádica informal.

Grande parte da população brasileira encontra-se unida por vínculos conjugais, não necessariamente conformados por vínculos legais. Este fato pode ser discutido à luz dos estudos antropológicos, que demonstram a importância do referencial de casal na conformação da identidade de ser e sentir-se pessoas, ainda que prioritariamente nas camadas populares (MAKSUD, 2003, p. 12).

Neste sentido, o vínculo informal constituído por dezessete dos vinte e dois casais investigados pode endossar o reconhecimento, por parte dos sujeitos da pesquisa, da natureza fluída da conjugalidade, bem como, pode convergir para a tendência de diminuição do valor social atribuído à institucionalização da união. Assim, mesmo que Singly (2007, p.159) em “Sociologia da Família Contemporânea” esteja analisando a sociedade francesa e lance luz sobre casais ditos igualitários, nos é útil a sua advertência que “a mudança mais importante reside na relativa desvalorização da ideia de casamento (eterno) que teria como um dos seus objetivos a estabilidade”.

A coabitação que inicialmente possa surgir como uma experiência, um teste da vida em casal – como apresenta a pesquisa de Torres (1996) sobre o casamento de jovens portugueses –, perde o caráter de etapa até o casamento e se transforma na própria relação conjugal. De acordo com as falas abaixo, a recusa em oficializar o elo matrimonial nos parece uma tentativa de fugir do imaginário de compromisso permanente e um meio de garantir a autenticidade do sentimento diante de qualquer outro vínculo.

Você pretende oficializar a união?

Se a gente oficializar é capaz de se separar (risos).

(HOMEM HIV -, CASAL XI)

Você pensa em casar no papel com ele?

Agora não, só estou com ele.

Você não tem essa vontade de oficializar?

Não tenho.

(MULHER HIV+, CASAL XXI)

Ainda que o casal XI esteja junto há treze anos, o receio que a oficialização traga algum peso para a vida a dois fez com que o entrevistado zombasse da pergunta que lhe foi feita – “Se oficializar é capaz de se separar”. Já a entrevistada do casal XXI, mesmo estando grávida e se percebendo como casada, centrou o destino da relação na troca subjetiva; o que pode ser lido também como uma reafirmação da força do vínculo compartilhado por um código comum a dois à revelia da suposta legitimidade da institucionalização; nas palavras de Torres (1996, p. 202), “o que pode implicar a valorização de valores intrínsecos da relação conjugal em detrimento dos institucionais”.

A conjugalidade informal, muitas vezes invisível para as estatísticas, revela a formação de uma pluralidade de relações matrimônias que vão desde a não coabitação até coabitações temporárias. O laço conjugal, bem como o reconhecimento social deste, não está

mais subsumido à oficialização da união, o que não elimina a dimensão simbólica da cerimônia de casamento.

O valor social atribuído à instituição do casamento perdeu força nas últimas décadas, cedendo espaço para o cerne da vida a dois e sua cotidianidade. Desse modo, pouco muda o destino de um casal ser casado legalmente, ou não. Agora, mesmo que a valoração simbólica da ritualização do casamento (seja no civil ou no religioso) não tenha sido tematizada pelos entrevistados, há de se reconhecer que na sociedade brasileira a cerimônia matrimonial acentua o valor do compromisso, principalmente, para as camadas médias.

Para o grupo analisado, a passagem para o status de casal se configurou, mas precisamente pelo nascimento de um filho, do que por cerimônias matrimoniais. Estudos sobre famílias de camadas populares são categóricos ao afirmar que o nascimento de filhos nos relacionamentos é percebido como sinônimo de responsabilidade e acentua os valores atribuídos à moralidade e a honra (DUARTE, 1986; HEILBORN, 1997; DIAS & PEIXOTO, 2009).

Assim, ao que tudo indica, a gravidez delimita o rito de passagem e configura o estabelecimento de uma relação conjugal socialmente reconhecida como estável. Em seu estudo, Mónica Franch (2010) nomeia a mudança biográfica decorrente da gravidez da sua entrevistada Laura como um ponto de virada que demarca uma transformação crítica em sua trajetória. Aqui, o nascimento do filho também inaugura um novo evento biográfico na vida de cada membro da díade reconfigurando uma nova fase do relacionamento conjugal. Segundo Heilborn e Gouveia (1999), as mulheres dos grupos populares utilizam o sexo e a gravidez como mecanismo de estabelecimento de vínculos; e nós diríamos que para o homem, o laço conjugal adquire outro status diante da responsabilidade com a criança que está por vir.

Como você define seu vínculo com sua parceira? Seria o que, um namoro, um relacionamento mais próximo, vocês são casados?

No começo para mim era um namoro. Aí como sempre ela foi uma menina boa, muito fácil de lidar, cativante, bem alegre, aí aconteceu... Ela ficou grávida e agora é uma coisa séria.

Então foi a partir da gravidez que o vínculo mudou? Era namoro e a coisa ficou mais séria?

É isso aí, agora a coisa está mais séria.

(HOMEM HIV-, CASAL IX)

De acordo com o depoimento, o nascimento do filho leva à efetivação do projeto casamento das camadas populares, que seria composto por três eixos: a relação conjugal, os

filhos e a casa (SARTI, 1996). Na linha dos estudos de Sarti, é a partir da vinda do herdeiro que os papéis conjugais são atribuídos e o homem passa a ser o guardião e provedor da família, e a mulher, a mãe e organizadora do lar.

No tocante aos casais sorodiscordante investigados, mais que a afirmação do laço conjugal, a gravidez adquiriu uma importância singular para 8 dos 22 cônjuges, visto que a descoberta da soropositividade ocorreu no período do pré-natal, ou na hora do parto. Haja vista que os casais continuaram juntos, o diagnóstico não implicou em dissolução do laço tecido a dois, porém, tal qual a gravidez, reconfigurou a conjugalidade de modo fulcral. Aqui, a revelação do diagnóstico contrapõe a ideia de morte advinda da soropositividade à celebração da vida, que é o nascimento do filho. O momento de entrada do vírus na conjugalidade interfere no modo como cada casal administra a situação de sorodiscordância. Desse modo, tendo em vista o impacto do diagnóstico e as condições em que se deu a descoberta, discutiremos a seguir a revelação da soropositividade e o auto-reconhecimento do casal enquanto díade sorodiscordante.

2.1.1. **A revelação do diagnóstico:** a incursão na situação sorodiscordante

A história social e epidemiológica da Aids, marcada pela mortalidade dos indivíduos infectados e pela classificação da vulnerabilidade em grupos, fomentou um imaginário extremamente estigmatizante dos indivíduos contaminados pelo vírus HIV. Os determinantes socioculturais e biológicos direcionaram o problema da epidemia a determinados grupos; o que resultou em um olhar estereotipado sobre as pessoas soropositivas.

Envoltos neste imaginário social, a descoberta da soropositividade de um dos pares da díade instaura uma crise no casal com dois vieses; isto é, do ponto de vista do ser soropositivo, uma problemática existencial (percepção de morte anunciada, incertezas sobre o rumo de sua vida), já entre os cônjuges, um conflito conjugal (dúvidas sobre o meio de transmissão, sobre a possibilidade de conviver conjugalmente com o HIV, dúvidas sobre a fidelidade e a confiança no parceiro).

De acordo com as pesquisas apresentadas no *Workshop* “Conjugalidade e Aids: a sorodiscordância e os serviços de saúde” (MAKSUD et. al, 2003), comumente três situações são verificadas quando o indivíduo toma conhecimento do *status* sorológico: em alguns casos,

recorre-se à abstinência sexual (e/ou amorosa); em outros, procura-se o envolvimento com parceiros soropositivos, e enfim, a continuação da relação conjugal entre pessoas com sorologias distintas para o HIV. No caso dos nossos sujeitos da pesquisa, a relação se enquadra na última situação, a saber, os casais sorodiscordantes.

De antemão, a descoberta da soropositividade não implica uma auto-percepção dos casais pré-diagnóstico enquanto díade sorodiscordante, ao inverso, ou se gera uma tensão sobre a descoberta da sorologia do parceiro, ou supõe-se, em um primeiro momento, que ambos estejam infectados.

Como você soube?

E- Pela assistente social. Eu estava com ela quando foi no posto de saúde receber o resultado. Chegamos lá e a moça falou que ela estava soro positiva. No primeiro momento, a dúvida era se eu tinha também o vírus, pelo fato de namorar há tempo e ter uma filha. Além disto, se tinha sido eu o responsável pela contaminação dela. Tanto que a assistente social disse: “vamos fazer em você o teste, para tirar a dúvida, de quem nasceu primeiro o ovo ou a galinha”. Fiz o teste e deu negativo, eu já fiz mais de trinta testes e só dá negativo.

Qual foi sua reação?

Foi de choque, mas ao mesmo tempo fui firme. Para não deixar que ela caísse também.

Depois o que você pensou?

Bom, como a gente já namorava há tempos e já tinha até uma filha, e mesmo que não tivesse sido eu que tenha contagiado ela. Eu pensei no primeiro momento que já tinha, então estamos os dois e vamos tocar a vida pra frente.

(HOMEM HIV-, CASAL II)

Como foi sua reação?

Ah, eu fiquei desesperada! Já fazia três meses... Três meses, não. Já fazia três semanas que me mandavam no posto de saúde, que tinha chegado o exame meu e eu tinha que ir lá. E haja saúde! Chegou a agente de saúde e disse que a médica falou que eu fosse lá no posto sem falta, mas assim: nunca imaginei, né? O que era, mas eu fiquei desesperada pelo fato de eu ter quase certeza que meu marido tinha também. (...) eu tinha quase certeza que assim: que se ele tivesse sido contaminado tinha sido por causa de mim. Nunca achei que tivesse sido ele comigo não. Sempre achei que não, até por saber da história dele, com quem ele se envolvia... eu acredito que não. Eu sempre achava que não era dele. Se tivesse sido contaminada, teria sido por mim, não por ele.

(MULHER HIV+, CASAL II)

O choque do entrevistado soronegativo e o desespero do cônjuge feminino soropositiva seguiram caminhos interpretativos diferentes. Enquanto o homem soronegativo cogitou a possibilidade de ter sido ele o veículo de transmissão do vírus e de imediato condicionou sua situação sorológica ao resultado da esposa (inicialmente a percepção é que

ambos seriam soropositivos); de outro modo, por desconfiar de um ex-parceiro, a mulher se desesperou por pensar que teria contaminado o marido.

É interessante como no primeiro caso, embora chocado – com o fato de ter um vírus mortal –, o entrevistado não tenha se abalado com a possibilidade de ter transmitido o HIV à parceira; de modo inverso, ela se sentia responsável pela situação do parceiro. Aqui, parece que as relações de gênero interferem na inversão da tese de responsabilização masculina pela sexualidade (HEILBORN & GOUVEIA, 1999). A parceira se sente responsável pela provável contaminação do marido (que de fato não ocorreu) já que não teria assumido o seu papel de cuidadora e atentado para o risco alertado pelas fofocas dos vizinhos do seu ex-parceiro que comentavam sobre a possível soropositividade dele.

A percepção de que o casal está em uma situação sorodiscordante só surge com o resultado do diagnóstico do parceiro (a) soronegativo. De acordo com os relatos, o diagnóstico de soronegatividade foi recebido com alívio pela díade, embora alguns entrevistados (a) soropositivos tenham alegado ter sentido receio de que o cônjuge soronegativo não quisesse mais manter a relação conjugal.

O período entre o conhecimento da soropositividade de um dos membros da díade e o resultado do exame do parceiro, é permeado pela dúvida sobre qual dos cônjuges teria transmitido o vírus, porém, após a revelação da sorologia discordante, o centro de tensão gira em torno da possibilidade de se manter enquanto casal. A entrada do vírus na vida conjugal, através da descoberta da soropositividade de um dos pares, é vivenciada pelos casais pré-diagnóstico de modo bastante trágico:

O que passava pela sua cabeça quando você recebeu o diagnóstico?

Mulher, só me passava de eu me suicidar.

(MULHER HIV+, CASAL III)

Como você ficou sabendo da soropositividade do seu parceiro?

Aí eu comecei a juntar uma coisa com a outra pelo fato de ter estudado sobre algumas doenças infecto contagiosas. Vômito, diarreia, essa magreza, essa anorexia, ele está desenvolvendo a doença. Aí eu comecei juntar, aquele exame lá do Clementino (hospital) que não quiseram entregar, por que não entregaram pra ele e entregaram pra mim? Aí eu entrei em pânico, “meu Deus, e agora? O que eu faço?”

O que passou na sua cabeça no momento do diagnóstico, você disse que o chão caiu, o que passou naquele momento exato?

Eu disse: “meu Deus vou ser viúva, meu Deus casar pra ser viúva. Foi a primeira coisa que eu botei na minha cabeça, ele vai morrer e é pra já, por que ele chegou num estágio avançado, e eu não sabia o que era, suspeitava por que quando ele foi hospitalizado eu vi os dois exames. Eu pensei vou ser

viúva? Vou ter que acabar porque eu não quero ser viúva”, mas o médico disse que ele lutou com a morte por que ele foi muito forte....
(HOMEM HIV-, CASAL XXII)

No momento inicial, sentimentos como medo, pânico e desespero se embaralham e o casal se vê lançado em um turbilhão de incertezas. Nas falas acima, o anúncio da soropositividade é recebido como uma sentença de morte, e no caso da entrevistada do casal XXII, juntamente com o medo de perder o parceiro surge o receio de oficializar uma união que, ao menos inicialmente, foi percebida como “fadada” à dissolução. Assim, a revelação do diagnóstico aparece como um “*turning point*”, como indica Franch (2010a) fazendo uso do conceito de Hareven (1991), isto é, um o ponto de virada, um momento que demarca mudanças críticas na biografia dos sujeitos envolvidos. O fatalismo do evento levou a balanços subjetivos sobre a continuidade e o destino da vida a dois. Durante o período da avaliação subjetiva de tal evento, a conjugalidade fica em suspensão, com isso, o impacto da notícia compromete a relação conjugal e instala um período de distanciamento do casal:

Como foi tua reação na hora?

Aí ela falou: “tô com AIDS, não é a doença, to com o vírus”. Aí eu esfriei, fui logo querendo me afastar dela; não diga isso não, não faça isso comigo não. (...) na hora eu gelei (...) comecei a me tremer...

(HOMEM HIV-, CASAL XVII)

Você falou que está até com medo de beijar, quais os outros carinhos que você gostava de receber dele e não faz por medo?

O beijo. A gente andava abraçado, de mãos dadas, onde a gente estava era grudado, mas depois dessa doença a gente começou a se afastar (continua chorando).

Por que a gente não tem mais relação constante, é raramente. É claro que eu também pensaria que ele tem outra pessoa. Ele diz pra mim “você está com outra pessoa, você tem outra pessoa por fora. Eu sei que você não tem, mas eu penso nisso por que você não me quer; isso é uma mulher fria”.

(HOMEM HIV-, CASAL XXII)

O afastamento revelado nos relatos e a frieza denunciada pelo parceiro também foram encontrados nas pesquisas de Maksud (2007) e Franch & Perrusi (2010b) e foram interpretados como uma fase de liminaridade. O conceito de liminaridade foi cunhado por Turner (1974) a partir dos ritos de passagem trabalhados por Van Gennep (1978). A correlação entre o afastamento – amoroso e físico dos cônjuges – e o período liminar é que neste estado, o indivíduo vive a ambivalência de indefinição de papéis sociais, um esvaziamento do seu lugar na estrutura social, visto que, a díade é retirada do panorama que referencia a vida a dois e é lançada em um mundo desconhecido e indeterminado.

Como você falou para ele?

Eu contei. Eu, a gente veio pra cá (serviço médico). Mas antes disso eu contei pra ele. Foi ruim, foi difícil, fiquei com medo, muitos dias sem querer contar. Fiquei enrolando, enrolando porque eu já estava grávida.

Mas aí, qual foi a reação dele?

Ele ficou, no primeiro momento, ele ficou triste, ficou apreensivo... ficou apreensivo.

E o relacionamento de vocês mudou depois que ele soube do diagnóstico?

No primeiro momento sim, que ele ficou com medo. Sem saber também né, como era a doença. Aí eu tive que trazer ele pra cá, pra o psicólogo conversar... tudinho foi que ele pra abrir a mente dele ...

(MULHER HIV+, CASAL VII)

O medo, tanto do ser soropositivo de transmitir ao parceiro (a) quanto do cônjuge em ser contaminado, toma conta da vida conjugal e o casal vive um período de distanciamento físico e amoroso. Nas palavras de Turner (2008, p. 47):

De fato, a liminaridade pode implicar solidão ao invés de sociedade, o afastamento voluntário ou involuntário de um indivíduo de uma matriz socioestrutural.

Assim, o afastamento provoca uma fase de suspensão da situação conjugal, o que traz implicações para o diálogo entre o casal e o entendimento da situação.

Eu tive raiva, peguei o carro e saí com desgosto. Fiquei com raiva dela e eu não compreendia que ela não sabia também. Mas eu não queria saber, pois ela já teve um caso antes de mim, ela tem um filho de sete anos. Então eu pensei que poderia vir dessa pessoa. Aí eu fiquei com vontade de ir atrás, o que ia ser uma confusão bem maior.

(HOMEM HIV-, CASAL IX)

Aí eu sentei na frente e ele não falou nada comigo, não olhou na minha cara, nem eu, péssima que eu tava, não fiz nada, fiquei na minha. Aí ,ele foi, minha filha, numa velocidade, e eu com medo, eu digo: Meu Jesus Cristo segura esse carro e esse homem pelo amor de Deus.

(MULHER HIV+, CASAL IX)

Os códigos e sentimentos do relacionamento conjugal envolvem imaginários de segurança, de unidade, de confiança, assim sendo, a soropositividade foi de imediato significada como uma quebra da cumplicidade entre o casal: “Fiquei com raiva dela e eu não compreendia que ela não sabia também”. O impacto do diagnóstico (que, segundo os entrevistados, foi dado de modo brusco pela profissional de saúde) criou um hiato entre os cônjuges que tolheu o diálogo, bem como, o esclarecimento sobre as condições da contaminação.

Depois da descoberta do diagnóstico, a situação ficou tensa?

Ficou uns seis meses tensa.

Da sua parte, dela também?

Isso.

E hoje, como que é essa discussão? Ela é presente?

Não, ela abafou.

Simplesmente, hoje não aparece essa discussão?

Não.

(HOMEM HIV-, CASAL IV)

Dentre as estratégias encontradas para solucionar a tensão gerada pela descoberta da soropositividade de um dos pares da díade, o silêncio foi o mecanismo comumente utilizado pelos casais sorodiscordantes (ainda neste capítulo aprofundaremos a discussão sobre o silêncio). Vale salientar que no momento da pesquisa, a maior parte dos casais já havia passado pela fase liminar, ou seja, após a situação vivenciada, as falas eram reflexivas sobre um período de crise. Segundo os relatos, a liminaridade se manteve para alguns casais por cerca de três meses, já para outros, como no caso do depoimento acima, o período foi mais extenso e durou em média seis meses.

A este aspecto, dos casais investigados, apenas dois pares estavam, de fato, vivenciando o período liminar. A situação foi descrita como uma fase muito pesada, na qual o choro na entrevista foi acompanhado pela incerteza sobre o futuro do casal. O sofrimento narrado pelas duas díades que estavam no *limen* se devia à condição indeterminada que estava alterando o fluxo da vida conjugal e questionando os imperativos e constrangimentos morais profundamente arraigados; como por exemplo, as indagações sobre a via de transmissão quando este não foi justificado – ou melhor, legitimado – pela contaminação por um ex-parceiro.

Para Turner (2008), o conflito do período liminar está na revelação do verdadeiro estado das coisas e na impossibilidade de usar as máscaras para esconder o que estar assustadoramente proeminente na crise. Desse modo, a fragilidade deflagrada com a revelação do diagnóstico envereda por todos os campos da conjugalidade, sobretudo, na vida sexual. A abstinência sexual foi indicada por uma das entrevistadas como sinal de que a situação conjugal não estava resolvida e que a crise girava em torno da possibilidade de se conviver como um casal sorodiscordante.

Então você fica com medo de tudo, antes era tão boa a nossa vida a dois, era maravilhosa, mas depois é como se tivessem jogado nós dois dentro de uma geladeira, nem tanto ele, mas eu acho que é o medo, vendo tudo que ele passou e que esta passando eu fico com medo de acontecer comigo também.

Eu acho que o sexo ele é a base, eu acredito que é por que amizade por amizade eu e você a gente pode fazer uma amizade, mas eu acredito que o sexo é a base, claro que tem que ter aquele companheirismo, tem que ser amigo, mas eu acho que é o sexo, e infelizmente essa doença é direcionada.
(MULHER HIV-, CASAL XXII)

De acordo com a situação narrada pela entrevistada, o sexo tem um papel fundamental para a conjugalidade e o vírus atinge em cheio as práticas sexuais, por isso, a dificuldade em lidar com a convivência com o HIV. De todo modo, tendo em vista que os casais mantiveram o relacionamento e a liminaridade é um estado passageiro, um período de transição, então, após o impacto do diagnóstico e a iniciação da resolução da crise, o casal começa a se reaproximar. A falta de diálogo entre os cônjuges e o distanciamento afetivo e sexual característicos da fase liminar perdem força e a díade ingressa no período de reagregação (TURNER, 2008). A retomada da vida conjugal se inicia lentamente com a normalização das práticas cotidianas, da comunicação (embora o silêncio sobre a doença permaneça) e, por último, o contato sexual. Da mesma forma que nos ritos de investidura dos ndembos da África Central (estudados por Turner, 2008) em que as relações sexuais são comumente uma marca ritual de retorno à sociedade como estrutura de posições, a reaproximação sexual é simbolizada pelos casais sorodiscordantes como a confirmação do laço conjugal e afetivo. Entretanto, na medida em que inicialmente a díade ainda está aprendendo a conviver com o HIV, a aproximação sexual ocorre com ressalvas:

Esse medo que você falou mudava tua conduta em relação a tua parceira?

Mudava, mudava.

Meu medo no início, mudei. Não que ela não quisesse, fazia. Mas não era com gosto, sempre tinha aquele receio.

Demorou quanto tempo isso?

Três meses.

(HOMEM HIV-, CASAL IV)

Assim, o medo permeia o exercício da sexualidade e cerceia a espontaneidade da relação, como pode ser percebido no depoimento do parceiro soronegativo. A aproximação sexual remete o casal à ligação afetiva e física e, a um só tempo, reafirma a presença do vírus na conjugalidade através do medo de transmissão.

Os casais denominados de pós-diagnóstico não vivenciaram o período de liminaridade, haja vista que a entrada na situação de sorodiscordância postula a priori os termos da relação. O que se encontrou foi a organização de roteiros sexuais orientados pela condição de sorologia distinta para o HIV.

Se o impacto da soropositividade atinge em cheio os sentimentos mutuamente partilhados pelo casal pré-diagnóstico, em relação aos casais pós-diagnóstico, o centro de preocupação se situa na revelação da soropositividade e no receio quanto à reação do pretendente. Como assinalam Franch & Perrusi (2009, p.8) a diferenciação em relação aos casais pré-diagnóstico é que para os pós-diagnóstico, “A tensão é supostamente menor, pois há menos em jogo – menos tempo, menos investimento na relação, menos redes sociais conjuntas, menos projeto de família”.

Em sentido inverso aos casais pré-diagnóstico em que é a história conjugal e a composição familiar que estão em jogo, os pares pós-diagnóstico avaliam antes do início da vida conjugal as condições de se viver em situação de sorodiscordância para o HIV e, com isso, têm menos a perder caso desistam de se relacionar. Todavia, se estas lógicas conjugais seguem caminhos distintos, um elemento comum aos dois tipos de casais – pré e pós –, mas que ganha diferentes significados devido ao recorte temporal de incursão do vírus na vida do casal, é a confiança. Descrita pelos entrevistados como um componente importante para a manutenção do vínculo conjugal, a confiança é posta à prova pelos casais investigados, seja como alvo de questionamentos (casais pré-diagnóstico) seja como afirmação da lealdade buscada pelo par (casais pós-diagnóstico). Desse modo, considerando o valor de sentimentos como confiança, lealdade e fidelidade para a vida a dois, faz-se necessário o entendimento dos impactos da revelação do diagnóstico de soropositividade de um dos cônjuges para a relação de confiança da conjugalidade sorodiscordante.

2.1.2 A relação de confiança em períodos liminares: a conjugalidade de casais pré-diagnóstico³²

As reflexões sobre os impactos da revelação do diagnóstico para os casais sorodiscordantes de HIV nos levaram a perceber as diferentes formas de atribuição de significado à confiabilidade a partir do modo de intervenção da soropositividade na vida do casal. De acordo com o material empírico, a confiança é um valor de grande estima para o grupo analisado, pois, segundo o código de honra que rege a sua sociabilidade, esta se

³² Parte desta discussão sobre confiança será publicada em co-autoria com Luana Santos, no artigo “**O mistério da Confiança:** relações em situação de sorodiscordância para o HIV/Aids” que está no prelo (2011, Editora Universitária, UFPB).

configura como um capital social (BOURDIEU, 1998), ou seja, como recurso moral que serve de esteio para as interações entre os indivíduos de camadas populares. Assim, a posse do capital social confiança condiciona o posicionamento espacial dos indivíduos de grupos populares nas relações com a rede – família e vizinhos, bem como, referencia uma imagem consistente e compartilhada sobre os cônjuges conferindo legitimidade tanto interna quanto externa ao casal (através do olhar da rede).

Para Simmel (2004), a atribuição de confiança implica na combinação de expectativas e entendimento das relações humanas e da sociedade. A confiança exige certo conhecimento reflexivo das interações, desse modo, é a partir desse exame, dessa interpretação que a confiança serve de base para práticas cotidianas.

Assim como Simmel, e se inspirando neste, Luhmann (1996) também discutiu a confiança. Entretanto, o último foi além e a colocou como ponto fundamental de sua teoria geral. Aqui, a confiança é o mediador básico da dinâmica social. Se Durkheim (1999) propôs a solidariedade como laço da sociedade moderna, Luhmann apostou na confiança como “eixo da vida social” que alicerça as relações entre os atores sociais através da antecipação da ação de outrem, gerando assim cooperação.

Na dinâmica social, são nas disposições sociais e nas pessoas que a confiança é depositada, desse modo, ao confiarmos, acreditamos em algo ou alguém que possa atender nossas expectativas (ou não), isso porque há uma idealização de como o outro vai reagir em determinadas situações (LUHMANN, 1996). Quem confia, por sua vez, deve estar preparado e disposto a assumir os riscos que essa confiança implica uma vez que a perda da confiança pode ser encarada como resultado de um “dispor errado” da sua confiança, um erro de cálculo na equação entre os meios e os fins. Confiar não significa ter plena convicção de que o outro se comporte de acordo com o esperado, confiar é ter esperança que a situação ocorra conforme o previsto.

Segundo Luhmann (1996), a confiança é um elemento que permeia todas as sociedades em diversos âmbitos. “La confianza, en el más amplio sentido de la fe en las expectativas de uno, es un hecho básico de la vida social. Por supuesto, que en muchas situaciones, el hombre puede en ciertos aspectos decidir si otorga confianza o no.” (LUHMANN, 1996, p.5). Confiar significa dar crédito a algo ou a alguém reduzindo a complexidade existente na sociedade através da previsibilidade do comportamento dos atores nas relações sociais.

A disponibilidade para confiar varia de acordo com a forma como o sentido e o mundo estão imbricados intersubjetivamente. O sentido atribuído à familiaridade, ao conhecer, serve como meio de verificações de antecipações, ou seja, como base para expectativas – para uma previsibilidade do futuro. Desse modo, partindo do pressuposto que as visões de mundo, as representações que orientam os exames de deliberações de decidir outorgar (ou não) confiança são forjados na experiência social, vale a pena discutir os critérios utilizados pelos casais que descobriram a soropositividade durante a relação.

No que tange a situação de sorodiscordância, a familiaridade se configura como um importante componente para construir a relação de confiança. Assim sendo, percebe-se duas formas distintas de configurar a confiabilidade por parte dos casais que descobrem a soropositividade durante a relação. O primeiro se dá no início da relação; tais quais os demais casais, há o momento de criação de um mundo familiar, o conhecer! O segundo ocorre após a descoberta da soropositividade:

Eu me prevenia muito. Quando eu me separei do pai do primeiro, passei um tempo sem conviver com ninguém, mas tinha parceiro, não é? Então nesse intervalo de um para o outro, que eu tive parceiro, eu me preveni usando camisinha. Eu nunca saí com ninguém sem camisinha e quando eu conheci ele, com dois meses foi que eu vim relaxar com a camisinha, eu já conhecia ele, via que era uma pessoa séria. Eu via com a esposa lá, passou 12 anos casado com ela, quando se separou dela e foi morar comigo, aí eu relaxei. Achei que era uma pessoa saudável e não achei nada demais, foi onde eu relaxei, infelizmente, né?

(MULHER HIV +, CASAL III)

O relato acima se refere ao relacionamento da entrevistada com o ex-parceiro – que lhe transmitiu o vírus – e traz a tona as implicações de usar a confiança como método de prevenção contra o HIV. O resgate da relação de confiança com o ex-parceiro foi feito pela entrevistada para enfatizar as experiências que foram trazidas para a conjugalidade atual, e como estas reordenaram, sobretudo, seus critérios de avaliação sobre um parceiro confiável. De acordo com o depoimento, o início da relação é marcado por uma falta de orientação das expectativas devido à ausência de experiências, de um histórico que dê previsibilidade às ações. É no ato de conhecer, isto é, a construção intersubjetiva de um mundo familiar no qual o saber sobre o passado aponta para ideia de antecipação do futuro, que se abrigam as expectativas confiáveis. A trajetória do ex-parceiro enquanto pai de família se baseava na moralidade que lhe atribuía responsabilidade e honra, logo, tornar-se-ia um ser digno de confiança. No depoimento da entrevistada, encontra-se além dos critérios de familiaridade e

de honra (com o conhecimento do histórico do parceiro com a ex-mulher), a avaliação da autoapresentação do cônjuge. Neste critério de autoapresentação, percebe-se a ideia de estetização da saúde³³, na qual se expressa na imagem, no invólucro corporal, o estado de saúde do indivíduo.

O próprio imaginário da Aids, representado no Brasil sobretudo pelo cantor Cazuza, ainda marca a ideia do corpo esquelético como a imagem do portador; com isso, ter um corpo “aparentemente saudável” seria um indício de saúde. A percepção entranhada na sociedade de visibilidade da soropositividade através da condição corpórea da pessoa nos remete à discussão de Goffman (1988) sobre a “visibilidade do estigma” – em que é a através da imagem e autoapresentação que o estigma de outrem se torna evidente.

Desse modo, foi com base nas imagens sobre a Aids (e seus portadores) das décadas de 1980 e 1990 que a sociedade fomentou os meios de comunicar que o indivíduo é soropositivo. Entretanto, hoje, muito embora o imaginário antigo da doença não tenha se diluído, com o uso de antirretrovirais – e a consequente melhoria da qualidade de vida –, o corpo do portador de HIV não diz muito sobre sua condição sorológica, desse modo, a visibilidade não se configura mais como um critério verificável. Por isso, reproduzindo o discurso de campanhas preventivas, o entrevistado (HOMEM HIV-, CASAL III) alerta para risco de se utilizar como base para a atribuição de confiança qualificações físico-morais (baseadas no imaginário social sobre o ser saudável e o ser doente) como a aparência: “Porque quem vê cara, não vê coração. Então, pelo sim ou pelo não, se previna”.

Para Luhmann (1996), a confiança reduz a complexidade do mundo social contemporâneo – que é marcado pela contingência e imprevisibilidade. Entretanto, ela não deixa de ser uma relação de risco, já que tenta definir o futuro a partir da confiança nas informações recebidas no passado. Como dispositivo sociológico, esta dá estabilidade às relações já que é utilizada como parâmetro para tomada de decisões. Ao avaliar a situação, o indivíduo se mune de informações e recorre ao histórico de experiências com outrem para atribuir os limites da confiança; quanto menor o risco for, maior é a confiança. Embora seja um risco – algumas vezes, inconsciente –, a confiança não é dada definitivamente. A todo momento as provas, as averiguações se é verdade – ou não – o que tem sido dito pelo parceiro (a) são formas de avaliar se o indivíduo é merecedor (a) da confiança.

³³ A noção de “estetização da saúde” foi problematizada no artigo “Culto ao Corpo: apologia à beleza, promessa de vida saudável” de Luziana Silva, no prelo.

Nesse contexto, mesmo em tempos de HIV/AIDS, casais relataram utilizar a confiança como mecanismo de prevenção. “É aquele negócio, quando você namora duas, as três vezes primeiras, beleza, um não confia no outro, toda segurança, até relaxar. Aí quando relaxa, acabou” (HOMEM HIV-, CASAL I).

Ainda que os indivíduos reconheçam e avaliem as condições para se confiar, a relação confiança/desconfiança é vivida paradoxalmente pelo casal, sobretudo, em situação de sorodiscordância. De um lado, a representação da conjugalidade como criadora de sentimentos de amor, de segurança, de proteção, logo, não tem espaço para a desconfiança; por outro lado, a descoberta da soropositividade questiona os pilares da relação e a possibilidade de traição põe em risco o vínculo conjugal:

Ela disse: “É, mais eu não sabia”. Como é que não sabia se seu filho também é soropositivo?

Jamais eu iria imaginar que a doença dele (enteado)... eu fui investigando, eu vou investigar o que aconteceu com essa mulher, se ela mentiu pra mim, me enganou... Aí comecei a investigar.

Então como ficou a questão da confiança entre vocês?

A questão da confiança ficou abalada. É como, não sei se você é casada, confiar no seu marido e flagrar ele numa situação indesejada. Pronto. A confiança vaza não é?

(...) eu fiquei um pouco sentido uns dias (...) me senti um pouco traído porque em função dela ter escondido duas verdades: uma que tinha e outra de ter fugido do tratamento.

(HOMEM HIV-, CASAL I)

Fiquei pensando “como ela não me disse nada, tem o vírus e não me disse nada”, até porque eu tinha relações com ela, e aí a assistente me olhou até como se eu fosse o culpado, como se eu tivesse passado o vírus a ela.

(HOMEM HIV-, CASAL IX)

Aqui, o abalo da relação de confiança e o sentimento de traição relatados se devem à omissão da verdade, questão crucial para manutenção da confiança, já que esta exige um “estado confessional” como prova do vínculo do casal (SARTI, 1996, HEILBORN, 2004). Falar sobre o passado, relatar o que foi feito no dia, expressar os sentimentos são bases para a produção do pacto de confiança e a solidificação do laço. Desse modo, sonegar informações desestabiliza a relação através do questionamento do código compartilhado pelos cônjuges. Se a confiança era o modo de administrar o risco ao HIV e a familiaridade atribuía proteção à relação, a soropositividade surge como um intruso que traz para a díade um terceiro elemento, estranho, e totalmente contrário à unidade do casal.

A desilusão de quem confiou traz para a relação um momento de crise, já que o imperativo ético que dava suporte ao vínculo foi abalado, a saber, a confiança. A questão não se limita à confiabilidade, mas aos demais elementos que podem constituir a conjugalidade em si, como as práticas sexuais e os sentimentos. Como afirma o depoimento acima, na fase liminar, a confiança fica minada. Embora as lógicas conjugais sejam variáveis, isto é, tenham diferentes significados – de acordo com os grupos sociais e suas visões de mundo – a revelação do diagnóstico é permeada pela história social da doença que é muito forte em relação à transmissão via contato sexual, especialmente, com a associação à promiscuidade, e isso, no primeiro momento pode levar às acusações de traição e deslealdade.

Na mesma medida em que a revelação do diagnóstico desencadeia um momento de conflito, este é agravado pela dificuldade de se estabelecer um diálogo na fase de liminaridade em que a vida conjugal fica em suspensão. O resultado da dificuldade em se conversar sobre a forma de contaminação está no que chamamos de “o mistério do contágio” (PERRUSI; FRANCH, et. al, 2010). Para alguns casais, principalmente nos casos em que a mulher adquire o vírus sem que seja via relação sexual com um ex-marido, há um desconhecimento do modo de contaminação, o que causa desconfiança. Nos casos em que as mulheres afirmam ter adquirido o vírus em relações conjugais anteriores, há uma solidariedade e até uma vitimização dessas mulheres, já que elas estariam exercitando o “papel” de esposa, logo, não teriam “culpa” por serem soropositivas. De fato, como mostra o depoimento abaixo, ainda perpetua um forte discurso de culpabilização dos portadores de HIV, tanto nas falas de membros soronegativos quanto nos soropositivos.

Eu tenho minha consciência hoje... Tenho minha consciência limpa. Não foi uma coisa que eu procurei, assim... Se eu fosse uma pessoa relaxada, se fosse de um e de outro eu dizia: "Eu procurei". Mas eu não procurei...

(MULHER HIV+, CASAL IV)

Para justificar a sua contaminação, a entrevistada demarca a diferença entre o seu comportamento e o dos demais doentes de Aids – representados pelo imaginário de “grupo de risco”. Em sua pesquisa sobre a “Subjetividade feminina e soropositividade”, Knauth (1999) verificou que a busca de legitimação da contaminação por meio da transmissão por um parceiro fixo diferencia as mulheres investigadas das outras que supostamente “procurariam” o vírus com comportamentos de risco. Nesse contexto, a diferenciação entre a contaminação

“procurada” e a transmissão “adquirida” em uma relação conjugal estável, é uma estratégia utilizada pelas mulheres – e reafirmadas por alguns parceiros – para garantir a manutenção do seu *status* social diante do grupo e da família. “É porque eu nunca fui dessas coisas, mulher que fica pela rua eu não confio” (HOMEM HIV-, CASAL V). Aqui, o depoimento do parceiro delimita o seu distanciamento em relação às supostas mulheres “perigosas” e reafirma a confiança em sua parceira, percebida como uma mulher honrada e diferente das encontradas na “rua” – a sua esposa adquiriu o vírus através do ex-marido.

Acreditamos que “o mistério do contágio” (PERRUSI; FRANCH, et.al, 2010) está relacionado à forma como as vias de transmissão foram popularizadas na sociedade. A explicação social e biológica de “grupos de risco” estigmatizou os soropositivos, e no caso das mulheres, falar de transmissão sexual fora de uma relação estável pode manchar sua reputação colocando em questionamento a moral que lhe qualifica enquanto mães/donas de casa respeitáveis.

Tem um mistério nesse meu descobrimento porque meu esposo não tem (esse agora né) e meu menino também não. Porque a médica perguntou assim: “Mas você não engravidou?” O menino já desse pai né, e não... Porque ela disse que na gestação às vezes ele né? Até agora é um mistério. Como foi que eu me infectei.
(MULHER HIV+, CASAL IV)

Ele só fez pergunta como foi que eu peguei, eu fui e disse pra ele que não sabia, num tinha menor ideia como foi, eu num ia dizer uma coisa que eu num sei, tem hora que eu fico pensando, tem hora que eu deito e fico pensando, como é que, como é, por que aconteceu meu Deus, se foi questão de hospital, se foi num sei, num sei não como é não, eu fico pensando assim como foi isso.
(MULHER HIV+, CASAL XI)

Tal qual explica Sarti (1996), a ordem moral que organiza o mundo social das camadas pobres se fundamenta na família, e nela, os papéis do homem e da mulher são bem delimitados. A mulher, como o ser da interioridade do lar, legitima moralmente sua sexualidade através da reprodução. Assim, a casa representa a família e a proteção, já a rua seria o espaço por excelência dos homens (FONSECA, 2002, p. 20); logo, adquirir um vírus estigmatizado como da “rua”, ter uma sexualidade que vise à realização dos desejos, ter vários parceiros, seria uma incongruência com a imagem de uma honrada mãe de família.

É interessante ressaltar que mesmo causando certo constrangimento no seio da díade quanto às dúvidas sobre a fidelidade do parceiro (a), apenas um casal afirmou ter tido relações

extraconjugais (heterossexuais), porém, a entrevistada relatou ter ocorrido no período em que eles haviam brigado; já o marido diz ter se relacionado com outras mulheres diversas vezes. Os entrevistados do sexo masculino, tanto os soropositivos quanto os soronegativos tiveram facilidade em falar sobre traição, diferentemente das mulheres (tanto soropositivas quanto soronegativas) que recebiam a pergunta sobre casos extraconjugais como uma ofensa a sua honra.

Tendo em vista a manutenção do vínculo e para não tematizar a questão da traição (o que poderia pôr em risco a conjugalidade), a solução encontrada pelos casais pré-diagnóstico – em que a relação ficou abalada – foi a reconstrução da confiança, porém, esta não se deu sem ressalvas. O que de fato ocorre é o que designamos como uma *desconfiança velada*. Embora não esteja realmente satisfeito (a) com a explicação sobre o desconhecimento da soropositividade, o parceiro (a) aceita o que foi dito e silencia, se reservando o direito à dúvida:

Essa situação é meio que difícil. Tem os seus negativos, quem pegou, quem não pegou... há um mistério aí. Há um mistério.
(HOMEM HIV-, CASAL IV)

Ele disse que não sabia por que o outro menino não tem e esse tem. Aí ficou essa dúvida. Ele não toca muito no assunto porque sabe que eu me magôo.
(HOMEM HIV+, CASAL III)

Por outro lado, para o portador (a), o questionamento sobre o modo de contágio é percebido como uma forma de colocar em xeque sua fidelidade, a verdade do seu sentimento de lealdade. “se você confia em mim, eu não te traí, embora você merecesse, mas não” (MULHER HIV+, CASAL IV). A parceira solicita como prova de confiança que o cônjuge não ponha em questão a sua fidelidade, embora, reconheça que ele não é digno dela. Por outro lado, se o parceiro insistir na revelação da verdade e tentar descortinar todos os véus que cobrem a via de transmissão, isso pode arruinar o laço conjugal.

Assim sendo, a *desconfiança velada* foi o mecanismo encontrado pelos parceiros soronegativos para garantir a manutenção da relação, já que a verbalização dessa desconfiança seria contrária aos sentimentos que unem o casal. Enquanto que os membros soropositivos recorrem ao reconhecimento da verdade do seu discurso; de outro modo, embora tenham dificuldades de aceitar o “mistério do contágio”, os parceiros decidem optar pelo silêncio, pois, ao demonstrarem que confiam, mesmo que haja dúvida, coloca-se como valor principal

a manutenção da união, bem como, da família. Como bem descreve Feres Júnior & Eisenberg (2006, p.14),

A confiança depositada em relações com parentes, amigos e conhecidos é certamente um componente primordial de nossa vida afetiva. Sem ela, o parentesco seria somente um formalismo aprisionante, e a amizade não existiria.

Verifica-se então, que ao mesmo tempo em que a confiança tem um papel fundamental para a manutenção da vida conjugal do grupo de casais pré-diagnóstico, outros mecanismos sociais são acionados para suprir a desestabilidade proporcionada pela dúvida quanto à contaminação de um dos pares da díade. Ao avaliar o histórico do comportamento do parceiro (a) e a reputação diante dos vizinhos, a confiança é tirada à prova, e com isso, o acúmulo das experiências confiáveis vividas na relação conjugal se transformam em capital social. Como defende Bourdieu (1998), tão útil quanto o capital econômico, o capital social é um recurso que determina e reproduz a posição social dos indivíduos em seu campo social, no caso investigado, nas camadas populares.

Os benefícios adquiridos pelos indivíduos em decorrência da construção de relações de confiança geram externalidades positivas na vizinhança e permitem o acesso aos recursos dos membros do grupo, isto é, ao acúmulo de capital social. O grupo social atesta o caráter moral do parceiro(a) e lhe legitima como merecedor ou não de confiança.

Para Fukuyama (2002, p.155), o capital social...

[...] é um conjunto de valores ou normas informais partilhados por membros de um grupo que lhes permite cooperar entre si. Se espera que os outros se comportem confiável e honestamente, os membros do grupo acabarão confiando uns nos outros.

É apostando nesse capital social de confiança fundido tanto na rede familiar e na vizinhança quanto na experiência a dois que o parceiro reconstitui o sentimento e deixa de cobrar explicações.

O cumprimento das regras de comportamento do grupo social, sobretudo, por parte das mulheres casadas, é vigiado tanto pelos os cônjuges quanto pelos vizinhos, e os relatos dos últimos têm um papel fundamental na transformação da confiança em capital social. Ao se autoapresentar dentro das expectativas da vizinhança, o indivíduo dá sustentação moral, dá parâmetros para a interpretação de suas ações, logo, solidifica sua imagem confiável perante outrem. Com isso, a obrigatoriedade de manutenção dessa imagem (através de atitudes

coerentes com seu papel de mulher casada, ou de pai de família) se converte em uma força social, fonte importante de influência tanto para a vida conjugal quanto para a sociabilidade com os vizinhos:

É aquela questão de gostar de preservar sua mulher, ver sua mulher conversando com outra pessoa ficar com ciúme. Ela é muito nova e gosta muito de brincar com outra pessoa, aí fica meio chato “olha a mulher de fulano ali brincando com outro”.

(HOMEM HIV-, CASAL VII)

Criei, dei estudo, pobre que nem graças a Deus; nem rico nem pobre, mas eles são educados, todo mundo gosta deles, tudo de confiança. É o meu prazer, é o que vale ser pobre e não ter confiança não vale nada.

(HOMEM HIV-, CASAL V)

Ao falar sobre a família e a criação dos filhos, o entrevistado do casal V afirma a importância da confiança não apenas para o casal, mas para toda sua experiência social. Para as camadas populares, a confiança é um capital social, pois ela é a referência do código de honra que julga e avalia os indivíduos em seu meio social. Por isso, a opinião dos vizinhos é importante, já que para ser considerado pela rede um indivíduo confiável, é necessária a aprovação do grupo.

A concentração da sociabilidade no local de moradia estreita os laços com a vizinhança de modo que a própria noção de família ganha extensão, “A família, para os pobres, associa-se àqueles em quem se pode confiar” (SARTI, 1996, p.62). Ao lançar o olhar sobre a família e o vizinho, o indivíduo reflete a si mesmo; ou seja, ele vê a si próprio a partir do ponto de vista do outro, e isso serve de base para a formação de sua identidade social.

Merecer a confiança envolve aprovação moral de quem confia, então, para que o parceiro soropositivo – que desconhece o modo pelo qual foi contaminando – seja digno desse sentimento, é necessário que o compromisso com a verdade esteja relacionado com a experiência do controle simbólico do pacto conjugal e o olhar da rede sobre os cônjuges. “A confiança só é possível onde a verdade é possível” (LUHMANN, 1996, p. 88). A verdade para Luhmann só pode ser averiguada de acordo com o sentido que lhe é transmitido intersubjetivamente, ou seja, apenas na experiência se atribui o estatuto da verdade. As averiguações entre o discurso e a autoapresentação (na vivência cotidiana ao longo da relação) são compartilhadas com a imagem que os familiares e os vizinhos têm do parceiro (a), é isso que dá veracidade ao que foi dito.

E como é que foi pra você? O que você achou do que ela contou?

Fazer o que, eu acreditei, mesmo porque esse tempo que eu vivo com ela é uma pessoa direita.

Nunca vi nada com ela, nem os vizinhos dizendo nem isso, nem aquilo, tranquilo.

(HOMEM HIV-, CASAL XIV)

Ora, mas essa preocupação com a reputação é marcada por uma forte questão de gênero. Nos casos em que o soropositivo é do sexo masculino, a legitimação não perpassa a questão da contaminação via afirmação da honra, mas sim, da manutenção da masculinidade; por isso, a alegação da transmissão por meio de relações extraconjugais heterossexuais é colocada veementemente. Embora se verifique hoje um crescente processo de pauperização e feminização da doença, nos relatos das entrevistadas, percebe-se que elas não se reconheciam em situação de risco porque não se consideravam promíscuas e eram fiéis aos parceiros, bem como confiavam nos cônjuges, mesmo não descartando a possibilidade de serem traídas. O que a primeira vista seria paradoxal, ou seja, confiar no marido mesmo considerando o risco de traição, na verdade, se apresenta como reafirmação da responsabilidade feminina (de controle sobre os desejos e sobre a afetividade) de manutenção da família. Não se trata de reprodução da velha tese de falta de cultura ou de informações das classes populares quanto à vulnerabilidade ao HIV/AIDS (que reduz toda explicação a falta de conhecimento), mas de além disso considerar o poder da dimensão cultural para a conjugalidade desses casais.

As ideias conflitantes entre o distanciamento da vulnerabilidade para o HIV e o reconhecimento da probabilidade de infidelidade por parte do marido se devem a três condicionantes: por um lado, o constrangimento em relação ao diálogo sobre o uso do preservativo devido à atribuição ao homem da responsabilidade com a sexualidade (PALERMO, 1997); por outro, o argumento de que o pedido para o uso da camisinha pode levar a algum tipo de desconfiança por parte do parceiro; e ainda assim, os casos em que ambos os cônjuges não queiram inserir o preservativos em suas práticas sexuais.

Diferentemente do cenário feminino, os relatos dos homens soropositivos são bastante enfáticos quanto ao modo de transmissão. Ainda que a confissão de traição tenha trazido um período de crise à conjugalidade, o contágio via relação extraconjugal foi assumido pelo grupo masculino. Tanto os homens como as mulheres reproduziram o arbitrário social de que faz parte da “natureza” masculina ter relações sexuais fora do casamento. Contraditoriamente à reputação das mulheres que está relacionada à sexualidade, aos homens, é reservada a

ordem moral de realizar o seu papel de provedor. Desse modo, quando indagados sobre a forma de contágio as respostas foram claras e diretas:

Acho que com mulheres de rua, sabe?
(HOMEM HIV+, CASAL XVIII)

Eu toda vida fui uma pessoa que não era só de casa. Toda vida eu fui uma pessoa que gostava assim de dar minhas fugidas, minhas escapulidas, até devido mesmo as consequências do meu trabalho.

Ela tem hoje confiança no senhor?

Aí eu não posso dizer não, porque a gente que apronta muito nunca tem a confiança total da mulher.

(HOMEM HIV+, CASAL XII)

De acordo com o relato acima, no caso do casal XII, não houve o momento de crise quanto à descoberta do diagnóstico, visto que, a parceira reconhecia o risco devido às traições do marido (compreendia-as como comum ao universo masculino), “Porque ele era muito mulherengo e eu vivia avisando que ele corria o risco de pegar isso e passar pra mim”. (MULHER HIV-, CASAL XII). Os limites da traição são postos quanto a não criação de vínculos, ou seja, as relações sexuais não devem passar de “escapadas” passageiras. A família não pode em hipótese algum ser posta em risco! Aqui, a conjugalidade é regida por uma diferença de expectativas quanto à fidelidade sexual.

Ainda que as demais entrevistadas também reconheçam o risco de traição, a confissão da infidelidade do marido foi turbulenta para a relação; ou seja, esta lógica assimétrica de gênero quanto à fidelidade não é compartilhada por todos os casais investigados. Acreditamos que no caso do casal XII, a aceitação da traição e a falta de diálogo sobre o ocorrido se devem ao recorte geracional. O casal está junto há 28 anos e os valores quanto ao papel do homem e da mulher, dentro do casamento, ainda parecem comungar com o modelo conjugal hierárquico. Então, enquanto que os casais mais jovens que entrevistamos – mesmo tendo como base principal de orientação de suas condutas configurações conjugais permeadas por assimetrias de gênero (HEILBORN & GOUVEIA, 1999) –, ainda compartilham de alguns elementos da ordem igualitária quanto à fidelidade; já no casal XII, não se tem em vista questões de equidade conjugal.

Desse modo, o material empírico nos indica que não podemos arbitrariamente classificar os casais de camadas populares em um modelo único de conjugalidade – como comumente tem sido relacionado na literatura à lógica conjugal dita “tradicional” –, visto que, em paralelo ao código moral e hierárquico que fundamenta as relações nessas camadas

sociais, também perpassam valores individualistas que esvaziam as demarcações simbólicas entre os modelos conjugais.

Ainda no que se refere à confiabilidade, o que de fato verificamos é que para estes casais, enquanto valor, a confiança é primordial para a relação, porém, no campo prático, ela é individualmente questionada pelos entrevistados, como nos mostrou a *desconfiança velada*; ou seja, a relação entre o mundo ideal do pacto amoroso e a prática conjugal nem sempre é viável. O que isto quer nos dizer? Em parte, que a mutualidade da confiança nem sempre habita o seio conjugal; aqui, a percepção do casal como “unidade” se contradiz nas falas paradoxais dos parceiros com seus diferentes olhares sobre a relação. Por outro lado, existem diferentes lógicas conjugais, e com isso, “o estado confessional” também pode ser fatal para um relacionamento; desse modo, em contraposição à ideia de que a “verdade” contribui para a produção de elos (como no caso dos casais pós-diagnóstico), a omissão de informações pode igualmente contribuir para a união do casal; daí o papel do “mistério do contágio” (PERRUSI; FRANCH, et.al, 2010).

Conforme o que foi exposto, as tensões na relação de confiança para os casais sorodiscordantes pré-diagnóstico estão ligadas à crise de uma questão mais estrutural, ou seja, o período de liminaridade da conjugalidade. A revelação do diagnóstico produziu o questionamento dos valores e dos sentimentos compartilhados por esses casais, provocando o atravessamento de elementos externos (vulnerabilidade, incerteza da traição), mais que isso, contrários, ao universo representacional de um par; o que deixou como marca para alguns casais a “desconfiança velada”. Entretanto, mesmo com as marcas deixadas pelo mistério sobre o diagnóstico, enfim, diante da superação da fase liminar e da reestruturação da vida conjugal dos casais pré-diagnóstico, o abalo causado pelo anúncio da soropositividade de um dos membros da díade é sobrepujado pela reconfiguração da relação de (des)confiança e a normalização do cotidiano do casal.

2.1.3. Uma questão de confiança³⁴: a formação de casais após a revelação do diagnóstico

A revelação sobre a soropositividade para os casais que se formam após o diagnóstico deflagrou diferentes interações entre os imaginários da Aids, a conjugalidade e a relação de confiança. Assim como a fúria cunhada pelos casais que descobrem a soropositividade durante o relacionamento, os casais pós-diagnóstico recorrem aos mesmos critérios de confiabilidade, porém, a confiança adquire outro papel na conjugalidade desses casais. Se o soropositivo que descobriu o diagnóstico durante o relacionamento teve que lidar com as incertezas decorrentes da presença do HIV em sua vida e o medo de causar o término da relação; por outro lado, o soropositivo que entra na relação tendo conhecimento do seu diagnóstico se depara com o medo de revelar o segredo para uma pessoa que ainda não conhece bem e ser julgado por esta, além de correr o risco de não iniciar o relacionamento e ter a intimidade exposta.

A mudança do cenário conjugal de revelação do diagnóstico é um ponto nodal para a diáde, sobretudo, no que se refere ao novo valor dado à confiança, que passa a ser o elo da relação dos casais pós-diagnóstico. Ora, aqui, diferentemente dos casais pré-diagnóstico em que se coloca em questão a desconfiança e o parceiro (a) soropositivo (a) fica em situação de julgamento, de provação da sua condição de pessoa confiável, para os casais pós-diagnóstico, quem entra em fase de avaliação das ações para adquirir confiança, é o parceiro soronegativo. Enquanto que as pessoas soropositivas do grupo pré-diagnóstico vivia, juntamente com a revelação da soropositividade ao parceiro, as dúvidas sobre a possibilidade de ter uma relação conjugal, mais ainda, incertezas sobre a preservação da sua vida, os soropositivos que decidem investir na vida a dois já sabem o que é conviver (ao menos individualmente) com o HIV.

A disposição para ter um relacionamento sorodiscordante (ou até concordante) nem sempre faz parte do projeto de vida; para algumas entrevistadas³⁵, a soropositividade as ceifaria de uma vida conjugal, “ele não foi uma pessoa enganada, ele sabia desde o começo

³⁴ A discussão sobre casais formados após a descoberta da soropositividade segue um recorte de gênero delimitado pelo público da pesquisa, visto que, apenas um dos homens soropositivos entrevistados formou casal após o diagnóstico, além do mais, este só informou a soropositividade à parceira quando já haviam iniciado a relação.

³⁵ No caso do único entrevistado soropositivo que iniciou relacionamento pós-diagnóstico, essa questão não lhe acometia. Acreditamos que isso se deve a duas questões: a primeira, ao fato de que ele já havia tido uma vida conjugal com uma mulher soropositiva; a segunda, por ter uma longa convivência com o HIV (portador há 15 anos).

porque eu sentei e conversei por isso que eu não queria mais um parceiro para conviver” (MULHER HIV+, CASAL III). Porém, ao longo da convivência com HIV e das informações adquiridas nos serviços, a situação muda. Mesmo estando conscientes que pessoas portadoras do HIV podem ter uma vida sexual ativa, nos relatos, essas mulheres apresentaram uma autoimagem em que se percebiam como ameaças sociais, “Falei para ele: eu não quero você porque eu tenho isso e isso. E não quero que ninguém se prejudique por minha causa” (MULHER HIV+, CASAL VIII). Ora, na revelação da soropositividade, a portadora coloca como ameaça não apenas o risco de contaminação, mas a dificuldade de conviver com os roteiros sexuais impostos pelos métodos de prevenção.

Assim como o anúncio da soropositividade surge como uma advertência sobre a situação que espera o novo casal, de outro modo, a revelação também é utilizada como uma forma de produção da verdade. Para Foucault (2009), a verdade não é universal, nem é dada, mas produzida pela articulação entre práticas discursivas (o que é efetivamente dito) e as práticas sociais. Em relação aos casais sorodiscordantes, a verdade sobre a transmissão do vírus HIV é perpassada por um estado confessional em que sua construção exige um jogo de dependência do outro que escuta e se encarrega de interpretar o que foi dito.

Referindo-nos especificamente às portadoras, há uma preocupação em se produzir um discurso sobre si mesmo em que se desconstrua a ideia de mulher soropositiva como promíscua. A ética de dizer a verdade pressupõe antes de tudo o reconhecimento da soropositividade destas mulheres a partir de uma ordem moral feminina de respeitabilidade. “Porque ele perguntou assim: se você não é de um e de outro, como você pegou isso?” (MULHER HIV+, CASAL VIII). Além disso, recorre-se à verdade para indicar qual o modelo conjugal que se está buscando, quer dizer, um relacionamento baseado na fidelidade, na confiança e na lealdade. “Eu teria ficado revoltado se ela tivesse me enganado. Mas ela não fez isso, me explicou logo tudo” (HOMEM HIV-, CASAL XIX). O parceiro (a) soropositivo se apresenta como um ser confiável e manifesta seu interesse em um vínculo conjugal que tenha como base a cumplicidade.

De fato, na mesma medida em que o que se está colocando em xeque é a intimidade da pessoa soropositiva e a sua moralidade, também se deve considerar a decisão pela revelação do diagnóstico como uma forma de compartilhar a responsabilidade com os métodos de prevenção ao HIV. Desse modo, o portador (a) examina as intenções do pretendente, os riscos de se confiar e a possibilidade de aceitação da situação de sorodiscordância por parte do

parceiro (a). De um lado, a revelação do diagnóstico se torna condição necessária para se iniciar, ou não, a relação; de outro, as implicações de um compromisso tendo em vista o risco de contaminação. Assim sendo, no processo de conquista da confiança – até que se chegue ao momento de anunciar a soropositividade –, é através das informações e da confirmação de pretensões via demonstrações cotidianas, que a confiança mútua se solidifica.

Apesar de já conhecer ela, isso é uma coisa que ninguém gosta de dizer. Mas onde tem fumaça há fogo. Já escutava comentários.

Só que quando eu me aproximei dela eu perguntei umas duas ou três vezes, só que ela sempre negava.

(HOMEM HIV-, CASAL III)

Ele falou que ouviu os comentários e que jamais contaria pra ninguém, que jamais se afastaria de mim por causa desse problema: “por que já procurei me informar e dá pra levar uma vida normal, um tendo e o outro não, dá pra levar uma vida normal”. Foi quando eu vi e firmei na dele, já era uma pessoa de idade, aí resolvi abrir o jogo, contar tudo pra ele. Foi a única pessoa daqui que eu me abri, que cheguei, que contei toda a história, mas pra ninguém assim, eu nunca confirmei.

(MULHER HIV+, CASAL III)

De acordo com o relato do casal III, mais que o ato de conhecer, foi também necessário o aprofundamento da relação intersubjetiva entre os parceiros – com as provas dadas pelo indivíduo soronegativo e a avaliação destas pela portadora – para que a confiança fosse outorgada. Aqui, verifica-se além do critério idade, como atributo de confiança, a negociação em que, de um lado, o até então candidato a parceiro mostra o interesse em obter a confiança, de outro, a administração e interpretação das impressões destas por parte do portador (a) de HIV. Vale salientar que nesse momento, o relacionamento ainda não havia se iniciado, entretanto, a reflexividade sobre as intenções do pretendente já exigia um entendimento mútuo das condições de confiança. Logo, a revelação do diagnóstico não é feita em qualquer momento, mas, antes da primeira relação sexual e após as avaliações sobre a confiabilidade de outrem, bem como da sua visão de mundo sobre o HIV.

Assim, retomando os relatos acima, na tentativa de criar expectativas confiáveis, ao alegar que “jamais contaria para ninguém”, o entrevistado do casal III reforça que guardar esse segredo é mais que uma demonstração de confiabilidade, é a ligação entre duas pessoas por meio do laço da cumplicidade. O segredo, a um só tempo em que cria um elo entre o casal, também ergue uma barreira entre este e as demais pessoas. A divisão do segredo cria uma redoma sob o casal (PERRUSI & FRANCH, 2009) em que o compartilhar fundamenta a

moral da reciprocidade, tão importante para as camadas populares (SARTI, 1996; HEIBORN & GOUVEIA, 1999). Como uma troca, o ato de dar, ou melhor, de comungar o segredo, é retribuído através da fidelidade à ocultação do diagnóstico. Diferentemente da lógica de dar, receber e retribuir que envolve a sociabilidade mais ampla – familiares, vizinhos, amigos – dos grupos populares, aqui, a reciprocidade se dá no mundo paralelo vivido pelo casal, a saber, o secretismo³⁶.

Porque os meus pais não sabem, a minha família não sabe, não tenho ninguém para conversar.

(MULHER HIV-, CASAL XXII)

Meu marido sabe, minha sogra e a família dela não. Até porque não é em todo mundo que se deve confiar.

Como é a questão de confiança entre vocês?

Um respeita o outro. O problema de um ou do outro, a gente procura ajudar ou comentar porque está passando por isso, mas ele é fechado demais, não desabafa comigo não. Eu já pedi muito para ele falar, mas não gosta.

(MULHER HIV+, CASAL VIII)

Ora, o secretismo, por vezes, também causa uma situação de isolamento do casal, o que tem levado, em alguns casos, ao sofrimento dos parceiros e a problemas no relacionamento. A conjugalidade em si já é permeada por dissensões e a relação de sorodiscordância traz à tona transformações no seio do casal, nesse sentido, o sofrimento se dá por não poder dividir essas questões com amigos, familiares e ter que conviver com os conflitos e incertezas – que, em algumas ocasiões, também não podem ser discutidos com o parceiro, pois traria mais problemas para a vida conjugal. A relação de confiança entre os casais sorodiscordantes, familiares e vizinhos fica em suspensão – quando não desgastada –, de modo que o segredo se configura como estratégia de proteção do casal a possíveis preconceitos:

Tem aquela questão, a família é um mundo. Até a gente diferencia família por família e sobre isso aí eu num posso nem comentar nada, porque eles mesmos não querem entender e eles são pessoas que não guardam segredo e eu não tenho contato com eles para me dar uma força não.

(MULHER HIV+, CASAL V)

³⁶De acordo com Simmel (2002), o secretismo é um recurso utilizado na interação em que o que está oculto torna-se objeto de posse, ganhando valor especial: “Em primeiro lugar, à exclusão fortemente enraizada de todas as pessoas que ficam de fora corresponde um forte sentimento de posse. Para muitos indivíduos a propriedade não adquire o seu verdadeiro significado como mera posse, mas apenas com a consciência de que os outros estão excluídos da posse (...). Mais, já que os outros estão excluídos – particularmente quando ela é muito valiosa – a inversão é sugerida psicologicamente, isto é, aquilo que é negado a muitos deve ter um valor especial” (p. 145). Sobre o secretismo ver Simmel (2002), “Fidelidade e Gratidão e Outros Textos”.

Eu acho assim que a mãe da gente é tudo na vida da gente, é uma pessoa que a gente deve confiar muito (...). Só que dias depois ela falou pra uma amiga e saiu vazando. Eu achei muito pesado guardar um segredo desses, era muito pesado. Só pra mim, era muito pesado. Comentei com ela, mas infelizmente... eu não confio nela nesse sentido.

(MULHER HIV+, CASAL III)

A opção de compartilhar com familiares o diagnóstico também foi encontrada, porém, para alguns casais, esta só foi feita para a família do parceiro soropositivo e, apenas um casal politizado colocou a exposição da soropositividade como uma bandeira contra o preconceito. O ponto relevante dessa relação entre familiares e os casais é salientar como na situação de sorodiscordância se reavalia e, por vezes, modifica-se a noção de família como *locus* da confiabilidade, de modo que o casal fecha-se em seu círculo doméstico – a díade e os filhos.

Outro aspecto interessante da questão da confiança para os casais formados pós-diagnóstico é que se para cinco casais a revelação trouxe mais confiabilidade para a relação, como confirma o relato “Confio demais, se o cara não confiar na mulher está fazendo o que” (HOMEM HIV-, CASAL V), por outro lado, para quatro casais, uma forte desconfiança recaiu sobre o parceiro soronegativo. Esta desconfiança se deve a três condicionantes: uma questão é de gênero, isto é, a naturalização da possibilidade de traição por parte do marido; o segundo condicionante está ligado ao primeiro e é a relação entre o histórico do casal (traição ou fidelidade) e o tempo de relacionamento; e o terceiro, se refere ao desequilíbrio que a situação de sorodiscordância ocasionou para alguns pares na balança conjugal.

Assim, eu acho que eu fiquei um pouco insegura depois desse problema. Eu era muito segura de si, mas eu fiquei um pouco insegura.

Eu até propus a ele, disse assim: Se você quiser viver sua vida com outra pessoa, você tem todo direito. Não é porque eu estou assim que você vai se prender por isso. Não quero que você fique comigo por pena.

(MULHER HIV+, CASAL IX)

E no parceiro, você confia?

Eu confio desconfiando. Se eu souber, ele pega o beco.

(MULHER HIV+, CASAL VIII)

Eu sempre fui mais caseiro. Por incrível que pareça, ela não acredita, às vezes a gente começa a conversar e tudo, mas em termos de brincadeira: ‘seu safado, não sei o que’.

(HOMEM HIV-, CASAL VIII)

No primeiro depoimento, a entrevistada atribui à sua soropositividade o motivo da insegurança em relação ao marido. A proposta feita ao parceiro para que este fosse à procura de outra mulher que fosse “ideal” para ele, demonstra a sua percepção sobre a sua nova condição enquanto mulher. É como se a situação de sorodiscordância tanto colocasse o parceiro soronegativo em um status superior ao dela quanto desqualificasse todos os atribuídos que a classificava como uma parceira “ideal”. Já no segundo depoimento, a desconfiança não está relacionada à sorodiscordância, e sim, gira em torno do imaginário do homem como um ser infiel por “natureza”.

Assim como os casais que estão há pouco tempo juntos (com pouco histórico de experiências confiáveis), na díade em que há um histórico de traição também se vive os contínuos temores, as desconfianças sobre uma possível infidelidade. Essas desconfianças causam certa tensão ao relacionamento e o modo encontrado para conviver com elas é a constante vigilância das atitudes e dos passos do parceiro (a). No que tange à sorodiscordância, mesmo para os casais em que não houve crise por traição, é como se a soropositividade colocasse o indivíduo como ser incompleto, sobretudo, no exercício da sexualidade. Com isso, as mulheres portadoras acreditam que o parceiro possa procurar fora de casa diferentes roteiros sexuais:

Falei pra ele que eu não ia fingir; se ele está com o pique todo, que ele procure uma pessoa que seja ideal pra ele, que a gente saia numa boa, que os dois se entendam, não com raiva, nem com rancor.
(MULHER HIV+, CASAL III)

Se por um lado encontramos a percepção de desigualdade entre os cônjuges, devido ao HIV, também percebemos uma resignificação da contaminação por parte dos parceiros. Nos casos em que as mulheres revelaram ter adquirido o vírus através de relações sexuais com ex-maridos havia uma vitimização delas por parte dos cônjuges. Como esclarece Daniela Knauth (1999, p.125):

Elas concebem a contaminação sob uma ótica de legitimidade, uma vez que esta ocorre num contexto aceitável, a conjugalidade, o que as distingue dos demais ‘outros doentes.

O relato do homem soronegativo confirma o que dizemos: “É que ela tinha o esposo dela, e ele tinha esse problema. Eu achei a pior covardia do parceiro dela de saber, não é?”
(HOMEM HIV-, CASAL V). A vitimização também serve como justificativa para a

legitimação do ciúme, visto que este é colocado na relação não como desconfiança, mas como proteção diante da inocência de uma “mulher frágil”:

É porque ela é uma pessoa muito inocente, sem maldade, entendeu? O povo pinta e borda com ela, aí eu digo: “rapaz tu não era nem pra passar na frente da casa dele que eu tenho ciúme”.

(HOMEM HIV-, CASAL VI)

Tais quais as demais relações conjugais, o ciúme causa conflitos entre os parceiros. Na situação de sorodiscordância, a especificidade está na explicação para a existência de tal sentimento. Faz-se necessário ressaltar que a relação ciúme/vitimização só foi encontrada em uma pequena parte do nosso universo de pesquisa, sendo este também atribuído a diferentes motivos. Sinalizamos esta relação com o intuito de demonstrar como, por vezes, os casais ressignificam sentimentos – aqui, o ciúme passa a ser símbolo de proteção – de modo a desviar de assuntos que trariam conflitos para a relação como, por exemplo, se o ciúme fosse relacionado à falta de confiança.

De todo modo, os casais sorodiscordantes pós-diagnóstico apresentaram maior fluidez na relação de confiança; de modo que esta passa a ser sinal da ligação do casal, afirmação da mais profunda intenção em consolidar o relacionamento. Acreditamos que isto se deve ao modo e ao momento em que a soropositividade entrou na vivência do casal. Iniciar o relacionamento tendo como base a revelação do diagnóstico deu mais confiabilidade à díade. A confiança deu suporte ao processo de criação de vínculos e legitimidade para um relacionamento consistente e compartilhado. O misto de provas de confiança e o conhecimento do passado com os vizinhos dão confiabilidade não apenas à vida conjugal, mas também aos diversos aspectos que lhes são exteriores. Ainda assim, a sorodiscordância também deflagrou sentimento de desconfiança em relação ao parceiro soronegativo, devido à percepção de incompletude sexual enquanto mulher soropositiva. Neste sentido, o nosso material empírico aponta para a necessidade de se discutir a realidade desses casais de acordo com suas diferentes lógicas conjugais, assim como, as implicações das relações de gênero para a díade sorodiscordante.

2.2. Interações conjugais: a convivência com o HIV

A relação diádica sorodiscordante, ainda que socialmente temida devido ao risco de contaminação (MAKSUD, 2003), afirma-se, antes de tudo, pelo empreendimento do projeto conjugal. O HIV penetra em um universo compartilhado pelo casal no qual sem a subjugação da sorodiscordância pela conjugalidade a continuidade da união não seria possível. Assim, embora a diferença sorológica tenha evocado transformações na vida a dois, deve-se ter em conta a lógica que rege os vínculos dos sujeitos investigados e as forças simbólicas que dão significado à sorodiscordância.

A discordância de status sorológico entre os parceiros foi significada de diferentes formas na pesquisa e isso se deve, em alguns casos, ao momento de entrada do vírus na vida a dois (pré e pós-diagnóstico), como mostrado anteriormente, e em outros, à lógica interna de composição dos casais. Dentre as diferentes estratégias acionadas para transcender, e por vezes, erradicar a discordância na relação estão: de um lado, a soroconversão³⁷ (como prova de companheiro, de fusão entre o casal), de outro, a normalização da vida a dois através do “esquecimento” da sorologia distinta para o HIV, e por último, a transcendência da discordância através da lógica de obrigações recíprocas (dar, receber e retribuir) na qual a solidariedade do sujeito soronegativo e a gratidão do (a) portador (a) teriam proeminência sobre a desigualdade sorológica.

Na medida em que a administração da sorodiscordância perpassa a busca de complementaridade, de unidade entre os pares, como é dito abaixo “ela se sente muito só”, no caso das díades que expressaram o desejo de soroconversão, o esvaziamento da diferença seria uma condição necessária para a estabilização da relação conjugal.

Às vezes é muito difícil, porque eu me sinto mal dela ter e eu não ter, claro que eu dou graças a Deus por isso, mas eu me sinto muito mal. Porque ela se sente muito só, você sabe que quando a gente gosta é uma coisa muito interessante, uma vez eu disse: “oh, não fique triste não porque se você quiser eu não uso mais e pronto”.

(HOMEM HIV-, CASAL IX)

Para alguns cônjuges, os laços que os unem são tecidos através de sentimentos de amor, de companheirismo e de unidade de dois indivíduos em um par, desse modo, a

³⁷ A soroconversão é a mudança do status sorológico do par soronegativo. Assim, ambos seriam soropositivos.

diferença sorológica poderia instaurar uma contradição interna aos valores comungados e desequilibraria as interações conjugais. Nesse sentido, na tentativa de manter as trocas subjetivas e a complementaridade, a igualdade sorológica é significada como uma demonstração incondicional de amor e parceira:

Se eu pegar com ela eu fico satisfeito.

Por que você fica satisfeito?

Porque eu gosto dela, sei lá o que é, já peguei o amor. E ela gosta de mim.

Eu já disse a ela: “filha” se eu pegar com você eu fico satisfeito. Ela disse: “se cuide, isso é uma loucura o que você está fazendo”. Mas eu gosto dela.

Mas ela tem medo.

(HOMEM HIV-, CASAL XVII)

Quando ele soube de fato, ele comprova que não é ele. Que ele não passou pra ti. Aí como foi esse momento?

Ele ficou tranquilo. Ele perguntou se eu queria que ele ficasse também. Só que eu disse que não. De maneira alguma. Até hoje, se eu estiver triste e ele achar que é por isso, ele já pensa... eu digo que não.

(MULHER HIV+, CASAL IX)

Embora a parceira do entrevistado do casal XVII tenha receio que ele seja contaminado, o casal tem relações sem preservativo e a atitude foi percebida por ela como uma prova da igualdade entre os cônjuges: “Sem preconceito. Até relação sem preservativo já tivemos”. A soroconversão foi a forma encontrada pelo homem soronegativo para equalizar a diferença e reafirmar o amor que sente pela parceira. Aqui, duas questões nos parecem importantes: uma, é a ideia de complementaridade que se institui fora do esquema de papéis sociais; ou seja, ela se limita ao plano de trocas subjetivas e não depende da simetria de gênero, a outra questão, é o lugar que o envolvimento emocional ocupa na mutualidade do par.

De acordo com a literatura sobre a conjugalidade, a complementaridade entre os cônjuges se instituiria no arranjo conjugal que se funda no modelo igualitário (SALEM, 1989; HEILBORN, 2004). A simetria seria alcançada pela indiferenciação entre os gêneros que permitiria a paridade dos cônjuges. Nesse contexto, a pedra de toque que estaria implícita na percepção de complementaridade seria o princípio de igualdade como promotor da moral individualista; isto é, a problemática de como se tornar uma unidade sendo dois indivíduos singulares. A conjugalidade igualitária teria como um dos seus pilares a noção moderna de indivíduo, e com isso, a busca pela simetria seria condição necessária para a configuração conjugal.

Para os casais investigados, a mutualidade não se assentaria no projeto individualista, por isso, não se efetivaria pelo esvaziamento das assimetrias de gênero, mas na desqualificação de uma condição sorológica que faz do parceiro um “outro” no qual os cônjuges não conseguem mais se reconhecer como unidade.

Por conseguinte, então, a completude não perpassa a modificação de papéis conjugais (até mesmo porque as assimetrias continuam entre estes casais) como nos indicam as análises sobre casais em contextos igualitários, mas na indiferenciação dos indivíduos no encontro subjetivo. A questão central para esses casais é a reciprocidade do sentimento, por isso, a hierarquia de gênero não se torna um elemento desestruturador do universo partilhado a dois. Ou seja, o desequilíbrio causado pela sorodiscordância é venal ao casal enquanto que a hierarquia de papéis conjugais não se configura como problema. Acredita-se que a desproblematização das assimetrias de gênero enquanto complicador do projeto diádico dos entrevistados se deva à diminuta influência da moral individualista na conjugalidade destes, o que aponta para o englobamento dos pares pelo casal, assim como contribui para a composição dos parceiros em uma unidade.

Neste sentido, a soroconversão, também significada por alguns entrevistados como “parceria de sangue”, aponta, como já foi dito, para o eixo de preocupação desses casais, isto é, o princípio de unidade. Fundamentada no sentimento amoroso, a administração da situação de sorodiscordância enveredaria pela afirmação da díade via incondicionalidade da relação conjugal – “O amor rompe todas as barreiras”. A prova de amor do indivíduo soronegativo não se reduz ao campo das emoções, mas, à lógica palpável de assegurar a excepcionalidade do sentimento e da pessoa amada; o que não necessariamente envolve uma avaliação racional da ação; mas uma “lógica inexorável do amor” que direciona o casal. “O que melhor traduz o sentimento amoroso que institui o casal é o modo convencional e imperioso de demonstrá-lo; fazer prova de que ele existe” (HEILBORN, 2004, p. 137).

O amor como símbolo da ligação entres os pares insere a díade em uma história compartilhada que confere à vida conjugal prioridade diante das demais relações sociais. E na situação de sorodiscordância, a prova da verdade do sentimento através da soroconversão também pode ser utilizada como um mecanismo de distanciamento do casal em relação aos processos sociais mais amplos, esvaziando assim a possibilidade de julgamentos sobre as diferenças entre os cônjuges. Para Simmel (1999), o amor só adquire seu caráter social como sociação, ou seja, apenas quando põe os indivíduos uns em interação com outrem que o

sentimento se enquadra em uma relação social. Nesse sentido, a prova de amor seria a objetivação dos componentes subjetivos da relação afetiva que se transformam em uma dinâmica auto-sustentada conduzida ao exterior, a sociação³⁸.

Embora o projeto de soroconversão não tenha se efetivado até o momento da pesquisa, o que nos interessa são os significados aludidos na intenção. Tal qual atenta Simmel (1999), o amor assume o seu aspecto social ao transcender as disposições puramente individuais do sentimento colocando assim o indivíduo em relação com o ser amado. Nas interações conjugais sorodiscordantes dos três casais que desejavam a soroconversão, o amor é objetivado no reconhecimento da prova de amor que daria igualdade sorológica para os cônjuges, e esta igualdade por sua vez, atenderia a necessidade diádica de fundir-se em um par.

Por conseguinte, se o amor “reúne em par”, como diria Heilborn (2004), este sentimento seria o responsável por levar o casal à erradicação da discordância através da força do pacto conjugal. A sorodiscordância coloca como questão a necessidade de administrar a diferença e com isso definir, e no caso dos casais que pretendem a soroconversão, eliminar os limites entre os parceiros (KNATUH et.al, 1998). Em nome da relação diádica, busca-se que as barreiras simbólicas e sorológicas que diferenciam o parceiro soronegativo do cônjuge soropositivo sejam transpostas. A intenção de soroconversão nos indica que a contaminação pelo HIV é secundarizada em prol de valores maiores como o envolvimento emocional, a cumplicidade, enfim, a conjugalidade per si. Tal qual afirma o relato do homem HIV- do casal IV, a história do casal tem prioridade diante do vírus: “antes disso aí, a gente já tinha uma história junto”.

Vale salientar que embora a intencionalidade da soroconversão só tenha sido encontrada em três casais investigados, todavia, a tentativa de desconsideração do vírus na vida do casal apareceu significativamente em nosso universo de pesquisa. Os pares que utilizaram como estratégia para a superação da discordância sorológica o “esquecimento” do HIV comumente normalizam o seu cotidiano através do silenciamento sobre a sorodiscordância.

Diferentemente dos casais que significavam a soroconversão como uma prova de amor (sentimento que pode ser constituído para alguns casais de companheirismo, de fusão, dentre

³⁸ Tendo em vista que a sociedade é entendida por Simmel (1999) como produto das interações individuais, o conceito de sociação foi formulado para designar a forma pela qual os indivíduos se relacionam e criam um sistema de interdependência.

outros elementos) os casais que optam pelo “esquecimento” o fazem em prol da normalização da conjugalidade, apagando desse modo os vestígios de mudanças que possam prejudicar o relacionamento.

O “esquecimento” da doença consiste em não se falar sobre o HIV. O casal não chega a criar um pacto de silêncio, mas fica implícito na assertiva de que não se deve “tocar no assunto”. De acordo com o depoimento da mulher HIV+ do casal IV, os problemas inicialmente causados pela revelação do diagnóstico foram superados e o “esquecimento” do assunto é uma prova disto, “Hoje é página virada, a gente nem procurar falar mais nesse assunto, mas na época (revelação) foi um tormento”. Do mesmo modo que as mulheres entrevistadas por Knauth (1999) acionaram o silêncio como estratégia para a resolução de conflitos conjugais, os casais investigados que preferiram o “esquecimento” da doença também estavam preocupados em não colocar a conjugalidade em jogo devido à sorodiscordância.

O “esquecimento” da doença reduz assim a presença do vírus na vida do casal reservando o retorno à temática da Aids apenas nos momentos de consultas e exames. Nas palavras do parceiro HIV- do casal II, “Não a vejo como quem tem vírus. Às vezes a gente só se lembra quando vem ao hospital”.

Como afirma Knauth (1999), tudo acontece como se fora dos serviços de saúde a Aids não existisse, não fizesse parte da vivência conjugal. Ora, se não existe de fato um pacto de silêncio, por outro lado, falar sobre a Aids é entendido como uma ofensa à pessoa soropositiva, como afirma a mulher HIV+ do casal III, “Ele não toca muito no assunto porque sabe que eu me magôo”. A ofensa estaria em vivificar a diferença entre os cônjuges, em relembrar uma sorologia estigmatizante e, talvez, também seja entendida como uma forma de culpabilização do parceiro soropositivo. Especula-se que o silêncio sobre o assunto também possa estar relacionado à tentativa de não reduzir a identidade social à soropositividade

Entretanto, se o silêncio adormece questionamentos e incômodos, porém, não os apaga. Para alguns membros soronegativos, o silenciamento ceifa o diálogo e faz com que algumas questões que causam desconforto não sejam verbalizadas. O homem HIV- do casal VII relata a sua tristeza ao se pegar pensando sobre o uso de preservativo para o resto da vida, porém, para não magoar a esposa, desconversa e alega outros motivos: “Fico triste, pensando, ela diz ‘o que tu tens’, aí eu digo outra coisa”. Aqui, o silêncio embora seja entendido como necessário à fluidez do relacionamento, tampouco se torna um sinal de um verdadeiro

esquecimento do vírus. É como se o casal criasse uma caixa preta, uma agenda oculta em que a sorodiscordância fica guardada, e assim, o “esquecimento” é convencionado como real.

Neste aspecto, a falta de diálogo entre os pares – que na literatura usualmente está relacionada aos casais de camadas populares – ganha outro significado, visto que, cria-se um silêncio sobre um assunto que por vezes não foi mutuamente entendido pelos cônjuges. Todavia, se fossemos caracterizar a díade de camadas populares pela ausência de diálogo sobre a relação, diríamos então que a situação de sorodiscordância cria demandas específicas, haja vista que, a necessidade de conversar sobre o assunto e a impossibilidade desta, foram verbalizados por alguns entrevistados:

Você tem necessidade de falar sobre isso ou é uma questão que você fica mais na sua?

Às vezes eu sinto a necessidade de falar na hora que eu sinto muita pressão, por isso que seria interessante esse tratamento especializado psicológico.

Vocês conversam muito?

Pouco.

Você acha que deveria conversar mais?

Deveria, mas depende muito da condição psicológica dela, porque eu vejo a forma como vou abordar. Se eu entro num determinado assunto, às vezes, por uma brincadeira já começa agressões verbais, aí é complicado.

(HOMEM HIV-, CASAL IV)

Assim, mesmo que o silenciamento, principalmente solicitado pela parceira soropositiva, tenha sido acionado como enfrentamento da diferença sorológica, as implicações da presença do vírus na vida do casal não são esvaziadas. De todo modo, o depoimento acima nos indica que quando o silêncio se efetiva como mecanismo de administração da situação de sorodiscordância ele é visto por dois prismas: de um lado, o “esquecimento” normalizaria a vida conjugal – ou deixaria subsumidos os impasses – e evitaria conflitos decorrentes da diferença sorológica; por outro, serviria como suporte emocional do cônjuge soropositivo que ao não pensar na doença se distanciaria de problemas psicológicos, como a depressão.

Ainda sobre a convivência com o HIV, verificou-se que a radicalização da tentativa de normalização da conjugalidade dos casais que acionaram o “esquecimento” como estratégia de administração da situação de sorodiscordância se deu via relações sexuais sem preservativos (parada temporária ou contínua). Aqui, de fato, não se propõe a soroconversão e nem se tem em vista a comprovação do amor, porém, o casal assume o risco que implica o não uso do preservativo como reação ao não reconhecimento de um novo elemento a ser

considerado na vida a dois. Nega-se assim a mudança na relação conjugal, sobretudo, em sua intimidade!

A primeira vez ela queria fazer a relação com camisinha, e eu disse pra que camisinha? Você pega essa camisinha e pendura-a lá..., e todos os dias você olha pra ela. Se eu morrer hoje vai ser sem camisinha. E continuei até hoje sem camisinha.

E foi uma escolha sua, de vocês, não se prevenirem?

Sou assim, vou morrer assim.

Por que o senhor optou por não usar o preservativo?

Por que a relação tem que ser carnal.

(HOMEM HIV-, CASAL XIX)

Desse modo, no relato do entrevistado, a camisinha desqualificaria a relação sexual ao tirar o contato carnal que entrelaçaria os corpos. O preservativo foi significado pelo indivíduo soronegativo como uma barreira que impediria a aproximação entre os cônjuges, logo, causaria distanciamento. A recusa em não modificar as práticas sexuais e garantir a relação do casal ganhou ênfase diante da temeridade da transmissão do vírus. Aqui, percebe-se que a administração da situação de sorodiscordância transcende o cálculo racional de consideração do risco de contaminação do parceiro soronegativo e se inscreve em aspectos simbólicos que alicerçam o relacionamento; como no caso, o significado atribuído ao contato direto, “carnal”, entre os corpos.

A normalização do cotidiano por meio do “esquecimento” tende para uma secundarização da Aids diante de todos os outros aspectos da vida conjugal e familiar, e isso só se torna viável quando o ser soropositivo não se sente doente, bem como quando a doença não é socialmente visível, isto é, a pessoa esteja assintomática – voltaremos a essa questão no terceiro capítulo quando discutiremos a correlação com a percepção de risco. A invisibilidade da condição de portador e da diferença sorológica dos indivíduos assintomáticos contribui tanto para que a soropositividade seja despercebida por outrem quanto colabora para que o parceiro soronegativo perceba a convivência com o HIV como uma situação possível de lidar individual e conjugalmente; por isso, esquecer perpassa a questão de desconsiderar a condição sorológica – seja discordante ou concordante.

Ele não fala nada não. Comenta nada não. Não pergunta. Nunca me ofendeu, nunca... sabe? “Esquece isso, não vou fazer exame não.” Tem dois anos que ele não faz exame.

Nunca toca no assunto. Ele nunca... Nada. Nada. Nada. Nada

(MULHER HIV+, CASAL IV)

O depoimento acima nos indica que, não falar, “esquecer” o vírus exige que alguns casais desconsiderem a Aids em todos os sentidos, inclusive, quanto ao risco de contaminação; agindo como se ela não existisse, como solicita o parceiro “esquece isso, não vou fazer exame não”. Se para os casais que não usam o preservativo (ou param temporariamente) até então o HIV não havia se configurado enquanto um grande problema, se a sorodiscordância não acarretou profundas transformações, o casal optou pela não organização do seu cotidiano em torno da condição sorológica, visto que a vida demanda questões cotidianas mais urgentes a serem resolvidas. Por isso, não são raros os casos em que os casais recorrem a expressões como “não alterou nada”, “está tudo do mesmo jeito” para legitimar a normalidade da situação.

Enfim, a terceira estratégia de administração da diferença sorológica encontrada foi incluir a discordância na cadeia de obrigações e benefícios decorrentes das relações diádicas. Na esteira dos estudos de Silva & Couto (2009) que, fazendo uso dos estudos de Mauss (1988), alicerçam as interações conjugais de casais sorodiscordantes na tríplice dinâmica de obrigação social – “dar, receber e retribuir” –, também encontramos as trocas simbólicas que fundamentam o vínculo dos casais investigados a partir de um sistema de obrigações recíprocas que interligam as práticas conjugais.

Com base no livro “Ensaio sobre o Dom” de Marcel Mauss (1988), a lógica de reciprocidade pode ser percebida antes de tudo como parte de um sistema compulsório, mais que isso, simbólico de obrigações sociais. Assim, no que tange às interações conjugais, cria-se uma malha em que os parceiros devem-se entre si. O dom, como criador da dívida com o outro, produz e reproduz a aliança entre os cônjuges gerando assim uma rede solidária. Logo, longe de uma dinâmica utilitarista de troca, a economia do dom e contradom nos indica a cadeia de responsabilidades à qual a conjugalidade sorodiscordante se submete.

A relação conjugal sorodiscordante, ainda que sob o espectro do estigma associado ao HIV, se afirma de modo incondicional, pois caso contrário a união não ocorreria. Qualquer aliança implica riscos. Uma das partes tem a iniciativa de assumir, sem garantia de compensação (SILVA & COUTO, 2009, p. 89).

Assim como Silva & Couto defendem, a relação de casais com sorologia distinta para o HIV, como toda aliança, se afirma pela aposta no projeto diádico. No jogo das interações conjugais sorodiscordantes pode-se dizer que os casais trocam amabilidades, solidariedade e

gratidão e, neste sentido, as garantias de compensação dos pares encontram-se subjacentes à manutenção do vínculo.

A obrigação moral, enquanto parceiro, de apoiar o cônjuge soropositivo foi afirmada por alguns sujeitos da pesquisa que perceberam a revelação do diagnóstico como uma chance de prestar solidariedade ao companheiro (a). Como afirma Maksud (2002, p. 140), “[...] essa posição diferencial dos atores é responsável, por exemplo, pelo sentimento de responsabilidade de alguns homens em relação às parceiras positivas”.

Eu falei: Eu vou continuar, não vou abandonar fácil não, porque é mais uma razão pra que eu apóie, não tem uma chance maior de ajudar mais.

E como foi a questão de ter um filho nesta situação?

Veja bem... Dentro de um casamento sempre há de querer um filho com o outro. Eu sempre disse que queria uma menina.

(HOMEM HIV-, CASAL I)

Porque eu achava que, eu tinha medo de contar pra ele, porque eu via que tinha encontrado uma pessoa muito boa para mim. E acha então, que se eu contasse para ele, iria me despejar, por conta do preconceito. Mas quando eu falei foi na verdade tudo o contrário. Ele só me ajuda mais.

(MULHER HIV+, CASAL I)

No curso dos relacionamentos, os membros da díade trocam dívidas entre si e se apropriam diferentemente dos benefícios da relação; assim, no caso do casal que narra as falas acima, a disposição do homem soronegativo para ajudar surge como retribuição à dádiva da parceira soropositiva que lhe deu a filha que ele tanto queria. Aqui, embora as obrigações recíprocas tenham se enredado por uma malha de solidariedade conjugal, a dívida da parceira soropositiva não foi liquidada. Do mesmo modo que a economia do dom e contradom (ou dádiva e contra-dádiva) de Mauss (1988) constitui uma relação interminável, a situação de sorodiscordância não esgota, para o homem HIV- do casal I, a dádiva de “aceitar” conviver com uma pessoa soropositiva. “Ah, com certeza. Muda alguma coisa. É como você amanhecer... dormir pobre e acordar com o prêmio da Mega Sena, rico. Só que nesse caso é o inverso”.

A doação do indivíduo soronegativo em se expor ao risco de contaminação, em se colocar em uma situação estigmatizante, faz com que a dívida não cesse. A analogia feita pelo entrevistado à reversão de uma condição desejável para uma situação desfavorável indica a grandeza tanto de sua dádiva quanto da dívida da parceira.

Embora a voluntariedade do parceiro soronegativo em apoiar, em ser solidário à situação da parceira seja reconhecida como uma doação em si, por vezes, cobra-se como

obrigação a contrapartida do cônjuge. O depoimento do homem HIV- do casal III aponta os termos da situação da díade e solicita a reciprocidade do dom:

No seu relacionamento com sua parceira têm momentos mais tensos? Momentos mais pesados, por causa dessa situação? Ou o senhor acha que convive bem com isso?

Às vezes eu reclamo com ela: “oh, minha vida era mais normal do que a sua e não reclamo, eu enfrento tranquilo”. Porque eu poderia estar vivendo uma vida normal, na verdade quem deveria estar reclamando era eu. Pois estava numa boa, vivendo tranquilo.

Diante da dádiva ofertada, isto é, conviver com o HIV, o entrevistado soronegativo evidencia no seu depoimento o desafio de vivenciar a nova situação e de abrir mão da tranquilidade e, a um só tempo, distancia a oferta da dádiva – que à primeira vista seria voluntária – de qualquer posicionamento altruísta, haja vista que, o pagamento da dívida é cobrado, como alega a fala: “na verdade quem deveria estar reclamando era eu”.

Sob o registro da dádiva, as compensações e trocas instituídas nas interações conjugais surgem como um misto de obrigação, prazer, interesses e desprendimento (SILVA & COUTO, 2009). Por vezes, a discordância sorológica entre os pares é percebida como parte dos desafios da conjugalidade, um elemento diferenciador, porém administrável, e estaria subsumido à lógica conjugal; em outros momentos, principalmente nos desentendimentos, a retribuição da dádiva é solicitada como uma obrigação do parceiro soropositivo.

Por outro lado, alguns sujeitos soropositivos dos casais investigados significaram a ajuda do parceiro além dos termos das trocas intercambiáveis e teceram um sentimento de gratidão em relação ao cônjuge. No contexto dos casais sorodiscordantes, a gratidão surge como resíduo da impossibilidade de corresponder à dádiva. Assim, em consonância com o estudo de Maksud (2002) sobre casais sorodiscordantes no Rio de Janeiro em que a pesquisadora encontrou dádivas trocadas entre indivíduos com *status* sorológicos distintos, também verificamos trocas hierárquicas entre os cônjuges investigados. O grande valor atribuído à solidariedade do parceiro, aos olhos de alguns entrevistados, não pode ser completamente compensado.

Eu sinto que ele precisa, mas não posso corresponder, não posso me maltratar, mas que ele merece, ele merece toda atenção do mundo, só em uma pessoa saber que você é soropositivo e se dedica a você, se entrega a você [...] então ele já está demonstrando que é realmente uma pessoa de coração aberto.

(MULHER HIV+, CASAL III)

A gratidão da mulher HIV+ do casal III, pela “entrega” do parceiro, retira a possibilidade de equivalência da retribuição e projeta um valor subjetivo tanto ao ato de dar quanto ao de receber a dádiva. As respostas que a gratidão induz, modificam as interações conjugais da díade sorodiscordante de modo que os pares ficam enredados na natureza incompensável da gratidão.

Poder-se-ia dizer que aqui a gratidão consiste, de fato, não na retribuição de uma dádiva, mas na consciência de que ela não pode ser retribuída, de que há alguma coisa que coloca a alma do receptor numa certa posição permanente relativamente ao doador, e que o faz tomar vagamente consciência da infinidade interior de uma relação que não pode ser esgotada nem realizada por qualquer retribuição finita ou por outra atividade. (SIMMEL, 2004, p.47)

Assim como Mauss (1988) atenta para a relação interminável que a economia da dádiva e da contradádiva constrói devido à impossibilidade de equivalência do ato de dar, Simmel (2004) também percebe a dádiva como uma dívida iliquidável. Embora o pagamento, ou seja, a reciprocidade seja uma obrigação, esta relação (dar, receber e retribuir) assume um caráter paradoxal, visto que, a retribuição da dádiva, mesmo que esta seja de conteúdo idêntico, não esgota, não pode se igualar à espontaneidade da dádiva ofertada inicialmente.

A obrigação imposta a quem se sente grato produz assim uma relação interna que não será completamente compensada. Desse modo, a coerção moral que impele os indivíduos a retribuírem a dádiva, de fato, na situação de sorodiscordância, se expande ganhando a forma de gratidão, o que consequentemente tece um laço entre os cônjuges em que a oferta faz com que a doação do parceiro soronegativo (como a entrevistada relata “a entrega”) inclua parte de si na dádiva, e isso cria um vínculo com quem recebe.

Assim se fosse uma outra pessoa tinha deixado na hora, eu tenho certeza disso, num ia continuar não, mas graças a deus que ele continuou do meu lado, a gente só vai se ver livre quando a gente morrer.

(MULHER HIV+, CASAL V)

No depoimento acima, a entrevistada relaciona a solidariedade do parceiro à criação de um vínculo incomensurável que só dissolver-se-ia com a morte. A cadeia de obrigações desencadeada pela dádiva cria uma coerção moral de tal modo que a entrevistada só entende que ambos estarão livres desse vínculo quando morrerem. Entretanto, no decorrer de sua fala, a correspondência do ato do parceiro é atribuída a si mesmo como um dever e a

espontaneidade da dádiva do cônjuge soronegativo o deixa livre. Como afirma Simmel (2004 p.48): “Só quando somos os primeiros a dar somos realmente livres, e esta é a razão pela qual, na primeira dádiva, que não é provocada por qualquer gratidão, reside uma entrega espontânea ao outro”. Assim, ao aceitar a dádiva, ela acabou por assinar seu compromisso indissolúvel, sua dívida em relação ao companheiro, a qual se materializa no sentimento de gratidão. Por sua vez, a gratidão também tem levado alguns indivíduos soropositivos a uma relação de dependência com o cônjuge.

Ainda que a gratidão dê o tom da relação que alguns sujeitos soropositivos da pesquisa constroem com os seus parceiros³⁹, os benefícios da conjugalidade não se esvaziam com a discordância sorológica, já que as trocas continuam nas interações e diferentes elementos são acionados para compensar a diferença; como no caso do homem HIV- do casal V que ressalta as qualidades da esposa como um dos elementos que fazem com que a vida conjugal valha a pena: “Ela representa uma coisa boa, que graças a deus ela é uma pessoa muito boa pra mim... até hoje eu não tenho o que dizer dela não”. Portanto, é por fazer parte da rede de trocas que se desenrolam no contexto da sorodiscordância para o HIV, com suas obrigações, benefícios e reciprocidade, que os parceiros se submetem à dinâmica de dom e contradom visando, sobretudo, a manutenção do relacionamento.

A este respeito, pode-se então supor que a relação sorodiscordante evoca um tipo de troca em que a dádiva dada e recebida não tem o mesmo conteúdo. De modo que são “bens” distintos que estão sendo trocados, recorremos às análises de Bateson (1998) sobre a “diferenciação complementar” para entendermos como a reciprocidade se opera no campo da conjugalidade sorodiscordante para o HIV.

Na epistemologia batesoniana que tem como alicerce uma visão sistêmica da sociedade e da natureza, a pedra de toque é a explicação do movimento das partes conectadas que constituem o sistema mais amplo. E é com intuito de esclarecer esse processo de conexão comunicativa entre as partes que Bateson (2006) criou o conceito de “cismogênese”. “Definirei cismogênese como um processo de diferenciação nas normas de comportamento individual resultante da interação cumulativa dos indivíduos” (BATESON, 2006, p.219). Entendida como uma dinâmica social baseada na diferença, a cismogênese é um fenômeno interacional em que as mudanças, os cismas ocorridos no interior de um sistema social se dão

³⁹ No terceiro capítulo discutiremos as implicações da gratidão, da percepção de não correspondência da dádiva para as relações de gênero entre os cônjuges sorodiscordantes.

através da diferenciação entre as normas (nas relações entre os grupos ou indivíduos), e estas por sua vez, provocam rupturas ou reequilibram o todo.

Ao passo que o sistema social funciona através das diferenças que são produzidas pelo histórico interacional, é neste aspecto que as rupturas ou o equilíbrio do todo se daria através da administração das diferenças, sejam estas nas relações de competição, de colaboração ou de dependência entre as partes que o compõem.

Assim como a teoria durkheimiana da mudança social percebe a diferenciação (que ganha forma com a solidariedade orgânica) como motor da dinâmica social, Bateson (1998) também percebe a diferenciação (de normas) como um processo que produz transformações em qualquer sistema. Por conseguinte, ao contrário de uma visão evolucionista e mecanicista que entende a mudança como uma condição natural, necessária e inescapável da realidade social, o último atribui à diferenciação produzida pela interação social (aos aspectos microsociológicos), o mote da dinâmica social. De acordo com as categorias classificadas por Bateson (1998) em seu estudo sobre a cismogênese, a administração da diferenciação entre os grupos ou indivíduos se dá através da formação de dois tipos de vínculos sociais distintos: o simétrico e o complementar. Em ambas as categorias, a diferenciação pode ser gerida de modo a aumentar o colapso entre os indivíduos, ou, de outra forma, pode reestabilizar a relação.

Na medida em que a “diferenciação complementar” é o que Bateson (1998, p.89) chama de um tipo de vínculo social em que a mutualidade se dá pela anulação de um dos componentes que causam distinções nas trocas, a tendência ao equilíbrio entre as partes seria maior. “cismogênese⁴⁰ complementaria, en las cuales las acciones recíprocamente desencadenantes son diferentes en esencia, pero mutuamente apropiadas, por ejemplo, dominio-sumisión; auxilio-dependencia; exhibicionismo-escoptofilia y otras comparables”. Nesse sentido, a relação sorodiscordante pode ser percebida sob este aspecto da “diferenciação complementar”, visto que os conteúdos que são intercambiados entre os cônjuges não têm o mesmo valor.

Ao contrário da “diferenciação simétrica” em que os indivíduos ou grupos formam vínculos nos quais trocam os mesmos conteúdos – como, por exemplo, os casais igualitários em que os sujeitos têm diferenças no plano subjetivo, porém, ambos compartilham dos mesmos padrões de conduta quanto aos valores de igualdade entre os cônjuges –, a

⁴⁰ Voltaremos a esta questão mais à frente!

“diferenciação complementar” assenta a mutualidade na relação entre conteúdos distintos, na qual, um pólo tem predominância (e efeito neutralizador) sobre o outro; no caso, a diferenciação sorológica seria secundarizada por meio da exaltação da incondicionalidade da conjugalidade frente às demais questões.

Sem embargo, o tipo de troca que a “diferenciação complementar” desencadeia tende a conciliar os diferentes aspectos da relação através da adaptação de padrões à nova realidade. No que tange à situação de sorodiscordância, os casais buscam padrões ou *scripts* complementários que estabilizem a conjugalidade e reforcem a mutualidade. Se, por um lado, a “diferenciação simétrica” poderia levar os membros da díade a acentuar as diferenças, bem como a implosão da relação devido à crescente radicalização das posições de soropositivo e soronegativo; por outro, a “diferenciação complementar”, poderia promover tanto a dependência mútua entre os cônjuges quanto à exacerbação de assimetrias na vida conjugal.

O nosso material empírico nos indica que os cônjuges ao trocarem solidariedade (do parceiro soronegativo) por gratidão (do parceiro soropositivo) acabam por atribuir valor simbólico diferente aos bens trocados, o que em termos práticos, resulta numa relação hierárquica na qual a dívida da gratidão torna-se, como já foi dito, iliquidável e o sujeito soropositivo é posto em posição de desigualdade diante do parceiro. “Às vezes me sinto inferior, dificilmente, mas quando eu estou meio triste, eu peço pra ele arrumar outra pessoa” (MULHER HIV+, CASAL II).

Acredita-se que o fato do público soropositivo do nosso universo de pesquisa ser predominantemente feminino contribuiu para que encontrássemos esse sujeito soropositivo com o *status* inferior em relação ao cônjuge. No que se refere ao homem soropositivo, verificou-se uma auto-percepção de desigualdade em relação aos outros homens (quanto às questões referentes à afirmação da masculinidade através da correlação da doença com os homossexuais, a capacidade de um homem soropositivo gerar filhos, das “limitações” das práticas sexuais devido ao uso de preservativo) não uma dissimetria em relação à parceira. Neste aspecto, percebe-se a situação de sorodiscordância acentua as assimetrias de gênero quando o parceiro soropositivo é do sexo feminino (retomaremos esta questão no próximo capítulo).

Ainda sobre os impactos da diferenciação sorológica para o vínculo formado pelos casais investigados, chama-nos a atenção as implicações – para a vida conjugal – dos diferentes significados atribuídos individualmente por cada membro da díade à posição de

soronegatividade e soropositividade. Embora tenhamos encontrando diversos recursos utilizados pelos casais para administrar a situação de sorodiscordância, como o estilhaçamento da discordância (soroconversão), o englobamento da diferença pela lógica de obrigações e compensações (dar, receber e retribuir) ou a supressão da diferença sorológica pelo silenciamento (esquecimento), por vezes, os casais demonstraram dificuldades em lidar com a situação sorodiscordante por meio de falas paradoxais sobre a convivência com o HIV.

A dificuldade que alguns pares apresentaram em seus depoimentos em compartilhar conjugalmente os significados que a diferença sorológica adquiriu em suas vidas, foi percebida aqui como uma situação em que se desenvolve um “duplo vínculo”. Segundo Bateson (1998, p. 195) “A teoria do duplo vínculo está preocupada com o componente experimental da gênese da confusão nas regras ou nas premissas do hábito”; ou seja, as ambiguidades, as contradições encontradas nas sequências de trocas que se desenvolve entre dois indivíduos, produzem uma comunicação paradoxal devido ao embaralhamento dos significados envolvidos na relação, o que pode desaguar em interações conflituosas. O “duplo vínculo” pode ser explicado como a dificuldade que os indivíduos têm em lidar com as questões problemáticas e paradoxais do seu cotidiano.

Entretanto, a teoria de Bateson que inicialmente foi direcionada para a explicação de processos esquizofrênicos, se expandiu para a discussão sobre a confusão nos padrões de comportamentos e suas implicações para as interações sociais. Haja vista que o autor considerou a possibilidade de “duplo vínculo” como um aspecto corrente da natureza da relação entre os indivíduos, que é mediada pela percepção, então, leva-se em consideração que nem sempre os termos da interação assumem o mesmo significado para ambas as partes envolvidas. O entendimento que as antinomias, ou “duplos vínculos”, são constitutivos do real exige que ressaltemos que não apenas a situação de sorodiscordância deflagra paradoxos comunicacionais, mas que na dinâmica social existem quebras de normas ou hábitos que produzem mensagens desconectadas entre os indivíduos que estão em interação; e a conjugalidade é um campo propício para tais quebras, já que a intensidade das trocas põe em questão a modelação da subjetividade dos cônjuges.

Neste aspecto, tudo indica que o cerceamento do diálogo sobre a sorodiscordância – como nos casos em que se tenta produzir certo “esquecimento” da diferença –, bem como a desigualdade nos conteúdos trocados entre os cônjuges, impedem que os parceiros percebam mutuamente as questões que são significativas para si e para o outro. O interdito do diálogo

sobre a discordância, o silenciamento que, à primeira vista, poderia ser entendido como uma maneira de gerenciar a situação de “duplo vínculo” através da superação dos efeitos inibidores e embaraçadores das mensagens contraditórias, na verdade, aparece como produtor deste, na medida em que, a ausência do diálogo pode levar a díade a confundir tanto o sentido quanto o caráter da mensagem. Tal qual defende Bateson (1998), mesmo em silêncio estamos comunicando algo, seja que estamos aborrecidos, seja que o assunto é penoso, ou até que não entendemos bem a situação. O problema é que as informações que passamos quando estamos em silêncio nem sempre são claras; o que abre espaço para confusões no processo de entendimento.

As diferentes lógicas de interpretações entre os cônjuges – sobretudo pela dificuldade de diálogo –, podem ser percebidas nos depoimentos do casal IV em que a parceira soropositiva atribui à mudança no ritmo de relações sexuais ao tempo de relacionamento, ao passo que o companheiro faz uma relação direta ao seu *status* sorológico e arrola a fragilidade psicológica como um elemento complicador para o diálogo:

Quando acontece esse período mais longo sem ter relações, é devido a que?

Devido à mudança de humor dela.

Ela é temperamental?

É. Ela está com esse lado psicológico bastante frágil, aí é complicado.

Você acha que a partir do diagnóstico essa situação ficou mais crítica, mais sensível?

Ficou.

Vocês conversam muito?

Pouco.

Antes eu cobrava, cobrava muito. A gente chegou a discutir fortemente.

(HOMEM HIV-, CASAL IV)

Com qual frequência vocês têm relações sexuais?

Com pouca.

E você acha que tem haver com o que?

É uma questão de tempo mesmo de casal... ficando velho.

(MULHER HIV+, CASAL IV)

Note-se que, para estabilizar a vida conjugal, o homem soronegativo limita a sua capacidade interpretativa de ir a fundo ao motivo do posicionamento da parceira e abandona a possibilidade de resolução da questão através da conversa – “ela está com esse lado psicológico bastante frágil”. Por outro lado, a mulher soropositiva não configura a mudança como problema – tem-se como hipótese que pode ser tanto por se recusar a atribuir tal peso a

sua soropositividade, ou por não conseguir entender os significados subsumidos na fala do parceiro. Assim, este “duplo vínculo” forjado pela díade, de fato, implica na incapacidade dos pares em produzir enunciados coerentes com a dinâmica conjugal.

As discontinuidades entre o significado que a sorodiscordância e as mudanças na conjugalidade assumem para cada membro da relação e a ausência de diálogo sobre estes faz com que ambos não reconheçam os sinais emitidos nas interações conjugais. Enquanto ela percebe a diminuição do ritmo das relações sexuais como uma tendência comum aos casais que estão juntos há muito tempo, ele entende como uma situação “complicada” e difícil de ser gerida devido ao estado emocional da parceira. Sendo assim, pode-se afirmar que o casal experimenta momentos de “duplo vínculo” em que não se consegue elaborar um entendimento mútuo sobre a nova vida sexual; o que tem como consequência a não resolução do dilema de adaptação ao novo ritmo – já que para o homem soronegativo este se configura como um problema.

A este respeito, outro caso em que alguns entrevistados vivenciaram a situação de “duplo vínculo” pode ser observado abaixo:

Você acha que não mudou nada ou que mudou alguma coisa depois do diagnóstico?

Não. Mudou pra melhor, minha vida. Minha vida e minha relação com ele mudou pra melhor, mudou pra melhor.

E o que representa pra você viver com alguém que tem a sorologia diferente da sua?

Eu vejo... Eu converso com ele e digo: não, procure outra pessoa (quando estou bem triste) vá procurar uma pessoa que seja igual a você. Às vezes eu me sinto um pouco diferente dele, às vezes. Peço pra que ele procure uma pessoa que seja negativa, que tenha até uma vida sexual diferente com ele, não use preservativo como é comigo, mas ele diz que não, que pra ele usar preservativo é normal.

(MULHER HIV+, CASAL II)

O depoimento acima apresenta a situação de “duplo vínculo” quanto à convivência com o HIV. Se na primeira pergunta a entrevistada afirma que a sua vida melhorou após a descoberta do diagnóstico, logo em seguida, ela contradiz a sua fala ao se perceber em condição de desigualdade em relação ao marido; o que sugere que, na verdade, a sua vida não teria mudado para melhor, mas que apenas alguns aspectos da vida a dois tenham se tornando positivos, já que em determinadas situações ela aventou até a possibilidade do marido ir à busca de outra parceira. A melhoria que a mulher soropositiva se refere é a mudança de

comportamento do parceiro que ficou mais caseiro, mas cuidadoso com ela, porém, em alguns momentos específicos (de acordo com o depoimento, na vida sexual) a sorodiscordância surge como um problema a ser administrado. Aqui, não percebemos as mensagens contraditórias como decorrente da relação pesquisador-pesquisado, isto é, como uma tentativa intencional da entrevistada de criar determinada imagem (HEILBORN, CORDEIRO & MENEZES, 2009) sobre sua vida conjugal, mas como parte da confusão, das inconsistências sobre o real significado que a sorodiscordância adquire não apenas para si, mas, sobretudo, para o seu parceiro.

Alguma vez no meio da relação houve interrupção por medo?

Teve. É quando você está namorando e o namoro começa a ter mais intimidade, mais sério e você pára. O medo está nisso aí.

Para por quê?

Porque aí você pode ir mais além, correndo o risco de se contaminar, aí você para.

Não existe nada sexualmente que você pense “não faço porque há o risco de contágio”?

Não tem nenhuma preocupação com risco de pegar.

(HOMEM HIV-, CASAL II)

Na mesma medida em que verificamos que a mulher soropositiva do casal II se encontra em determinadas ocasiões em situação de “duplo vínculo”, o seu parceiro também emite enunciados paradoxais sobre a relação sexual. A um só tempo em que alega sentir medo em alguns momentos íntimos, por conseguinte, diz não se preocupar com o risco de pegar. A dificuldade em produzir mandados coerentes com sua convivência com o HIV pode ser decorrente da intensidade da situação envolvida que exige dois tipos diferentes de mensagens: de um lado, a atitude preventiva (pensar em si), de outro, a garantia da espontaneidade da relação sexual (zelar pela conjugalidade). Assim, sugere-se que o casal vivencia situações de “duplo vínculo”, pois ambos não conseguem perceber as contradições em suas mensagens, por isso não conseguem respostas para estas. Sem embargo, é correto afirmar que as implicações deste tipo de vínculo para as interações conjugais se devem às complicações que os indivíduos têm para reconhecer e interpretar as mensagens produzidas pelo parceiro, o que pode levar seja à insegurança, seja a obstáculos ao entendimento mútuo dos termos da relação.

Ao contrário das habilidades interativas dos cônjuges contribuírem para a organização de imaginários compartilhados da situação de sorodiscordância, construindo assim uma unidade que abarque os diferentes elementos simbólicos em respostas criativas e adaptativas a

nova realidade conjugal, quando o casal é pego em uma situação de “duplo vínculo”, de certo, o que se instaura são interpretações individuais sobre os significados da diferença sorológica. Tal qual a própria delimitação temporal nos indica, o “duplo vínculo” se desenvolve em determinadas situações, o que significa dizer que as contradições das mensagens trocadas pela díade não envolvem toda a experiência conjugal.

De acordo com os depoimentos supracitados, o exercício da sexualidade pode ser percebido como um dos momentos em que as ambiguidades das percepções sobre a sorodiscordância se acentuem. Segundo Bateson (1998 p. 151), é comum se instaurar uma relação de “duplo vínculo”, “Quando o indivíduo está envolvido em uma relação intensa, isto é de vital importância para discriminar com precisão que tipo de mensagem está sendo comunicada, para assim responder de forma adequada”. Ora, seja pela ausência de diálogo sobre a vida sexual, seja pelo encobrimento dos sinais da diferença sorológica pelo “esquecimento”, a relação sexual pode trazer à tona a vivificação do vírus (principalmente quando o uso do preservativo torna-se um sinal de diferenciação entre os cônjuges), bem como, ressaltar os diferentes entendimentos sobre a situação. Assim, sugere-se que quando os casais sorodiscordantes estão vivenciando situações de “duplo vínculo” estes constroem, tal qual a tese de Salem (1989) e Heilborn (2004), uma “unidade com dois”. Entretanto, ao contrário dos casais investigados por Salem (1989) e por Heilborn (2004) que instituem o arranjo conjugal por meio de uma unidade que mantenha a individualidade de cada cônjuge, os casais estudados preservam a unidade por meio da busca da indiferenciação – reduzindo ao máximo possível as percepções individuais para assim fundir dois em um.

Em sentido oposto à valorização de individualidades, a situação de “duplo vínculo” denuncia o dilema da díade sorodiscordante de se reconhecer “duas vozes”, dois sujeitos na relação conjugal. Mesmo que não acreditemos que os casais que não (com)vivem com o HIV sejam constituídos por uma só voz, não se configuram em uma voz em uníssono como diria Torres (2002), ressaltamos aqui as implicações das percepções individuais distintas para a administração da diferença sorológica.

Embora a situação de “duplo vínculo” ressalte a presença de duas chaves distintas (e, por vezes, paradoxais) de significação da sorodiscordância, a díade continua o esforço para estabilizar as diferenças inerentes ao próprio sistema simbólico que posiciona o ser soropositivo e ser soronegativo na relação.

O que representa pra senhora morar com uma pessoa soropositiva? Mudou algo, no sentido de pensar que você tinha um marido que não era e agora é soropositivo?

Mudou assim, porque passei a valorizar outras coisas da vida, dar valor as pequenas coisas da vida. Não ficou nenhum tipo de preconceito, nem de minha parte, nem da parte dos filhos.

(MULHER HIV+, CASAL XII)

O depoimento acima demonstra como a entrevistada reordena o que é mais importante na vida conjugal – “valorizar outras coisas” – como modo de compensar a vivência em situação de sorodiscordância. Ao passo que os casais investigados modelam a sua conjugalidade a partir do englobamento do “Eu” pelo “Nós”, as duas vozes podem rivalizar com o projeto de unidade dos pares.

Ainda assim, mesmo que ambos os parceiros não se percebam em um impasse e não reconheçam as “duas vozes”, um dos membros da relação pode impor uma situação de “duplo vínculo” ao cônjuge, ou apenas desenvolvê-la, já que, ao não assumir (para o parceiro [a] e para si mesmo) sua hostilidade às mudanças nas práticas conjugais ou à própria situação de sorodiscordância, acaba por obscurecer os significados ocultos que são venenos à estabilidade conjugal. Tal ocultação pode ser percebida na fala do homem soronegativo do casal VII quando se refere ao uso do preservativo:

Às vezes eu fico pensando “vou ter que usar isso pro resto da vida”. Mas eu tiro isso da minha mente. Fico triste, pensando, ela diz “o que tu tens?”, aí eu digo outra coisa. Mas não tem o que fazer, é assim mesmo a vida.

(HOMEM HIV-, CASAL VII)

E como é que você define sua relação com ele hoje?

É boa... é ótima. Ele é uma pessoa boa pra mim, entendeu? A gente vive em paz, mesmo quando tem né, um atritozinho como todo casal tem, mas é normal.

Com relação ao sexo, com o relacionamento sexual mudou alguma coisa?

Não. Quando é... eu disse a ele, “a gente vai ter que usar camisinha, né... por resto da vida”. Ele ficou “poxa a gente vai ter que usar pro resto da vida...” não sei o que... mas, foi só no primeiro momento. né.

(MULHER HIV+, CASAL VII)

Em verdade, o depoimento da parceira revela seu desconhecimento sobre a real percepção que o parceiro tem sobre o uso contínuo do preservativo. Para a mulher soropositiva, a percepção que ela tem do relacionamento seria também compartilhada pelo

parceiro, quando de fato, os cônjuges interpretam a convivência com o HIV a partir de lógicas diferentes. Enquanto ela pensa que o impasse do preservativo tinha sido uma questão que havia surgido apenas em um primeiro momento, mas que estava resolvida, ele tenta ocultar até de si mesmo que a situação o incomoda – “mas eu tiro isso da minha cabeça”. Tendo em vista a irreversibilidade da soropositividade e a preservação da conjugalidade, o parceiro opta por esconder sua real percepção, “aí eu digo outra coisa”. Aqui, o homem soronegativo vivencia a situação de “duplo vínculo” ao se ver às voltas com o ocultar-se, ou revelar-se.

O segredo entre os cônjuges seguiria em sentido contrário ao “estado confessional” (HEILBORN, 2004) que a constituição dos indivíduos em um par possa demandar. Se laços conjugais exigem a abolição dos segredos e solicitam a revelação como estabelecimento da cumplicidade diádica, a sonegação de informações pode contribuir para divergências nas trocas subjetivas, como verificado nos depoimentos do casal VII. A omissão de informações ganha forma para alguns casais através do “mistério do contágio”, e para outros, o silenciamento dá o tom da questão. Os interditos, os assuntos a serem guardados são percebidos de dois modos: por um lado, provocam dissensões no processo de entendimento entre os cônjuges o que pode ser percebido no comprometimento das trocas subjetivas que se desenvolvem nas situações de “duplo vínculo”; por outro, preservam os parceiros quanto aos dilemas ensejados por determinados temas (como, por exemplo, o mistério do contágio). Por isso, concordamos com Anália Torres (2002, p.601) quando afirma que:

Conjugalidade gera, contudo, lógicas próprias, onde, sem obviamente desaparecerem os constrangimentos, os atores sociais exercitam modos de os contornarem ou de, pelo menos, explorarem as margens de manobra de que dispõem.

Se em um primeiro momento a situação de sorodiscordância para o HIV surgiria como desestruturadora da vida conjugal, os casais investigados atestam, com suas “lógicas próprias”, as possibilidades e as diferentes formas de administrar a convivência com o HIV.

Muito embora o amor, as relações de trocas e o silenciamento tenham aparecido como elementos estabilizadores da diferença sorológica, especula-se que outros condicionantes sociais e culturais possam contribuir para a administração da sorodiscordância. Em alguns depoimentos sobre a situação de sorodiscordância, surge além da díade, uma referência aos filhos, a família constituída, o que pode apontar para um “projeto de família” permeando a escolha pelo silêncio e a reafirmação do laço conjugal.

Na medida em que se entende por “projeto de família” a orientação das condutas do casal em função das estratégias de manutenção da “família conjugal⁴¹”; nesse sentido, aos moldes da “conjugalidade institucional” discutida por Torres (2004a), os casais sorodiscordantes investigados que fizeram referência a família (ao seio doméstico em si, composto pela díade e os filhos) quando relatavam as suas dinâmicas conjugais sorodiscordantes, percebiam o casamento como uma instituição que deveria ser considerada acima de todas as adversidades do relacionamento. A “conjugalidade institucional” é definida por Torres (2004a) como uma forma de relacionamento em que se verifica um maior centramento na “família conjugal” do que na relação diádica. Deste modo, a configuração deste tipo de conjugalidade contempla a percepção de casal como família, indo além do projeto a dois. Podemos perceber no depoimento abaixo como a trajetória do casal se entrecruza com certa percepção de “família conjugal”:

Depois que saiu o resultado do seu exame o que você pensou?

Bom, como a gente já namorava há tempos e já tinha até uma filha, e mesmo que não tivesse sido eu que tenha contagiado ela. Eu pensei no primeiro momento que já tinha, então estamos os dois e vamos tocar a vida pra frente.

O que sua parceira representa em sua vida?

Metade de tudo. É a mãe de meus filhos. Não a vejo como quem tem vírus. Às vezes a gente só se lembra quando vem ao hospital. Vivemos tranquilos, com saúde, procurando não beber, não fumar. Não viver de farra. Apenas procuramos viver tranquilo como casal, criando nossos filhos.

(HOMEM HIV-, CASAL II)

O depoimento do homem HIV- do casal II revela que a história conjugal e a filha se sobrepõem a sorodiscordância, e é em decorrência desta percepção que ele não vê a sua parceira “como quem tem o vírus”, mas, como a mãe de seus filhos. A negação em reduzir a identidade da esposa a soropositividade coaduna com o “projeto de família” de criar os filhos com tranquilidade sem significar a sorodiscordância como um empecilho para tal, e mais, aparece como reafirmação da identidade da parceira enquanto mãe e mulher de família. Segundo Singly (2007), a família ainda pode se configurar, mesmo na sociedade contemporânea, como um ponto fixo de referência, uma rede de segurança, e nas camadas populares, esta pode vir a ser um espaço central de reconhecimento da identidade de cada um dos parceiros.

⁴¹ De acordo com Durkheim (1975), a “família conjugal” pode ser definida como o núcleo familiar formado pelo casal e seus filhos.

De outro, mesmo que a referência a um “projeto de família” não tenha sido verbalizada por todos os casais, é pertinente ressaltar que aspectos internos e externos a um projeto de vida a dois podem interferir na conjugalidade sorodiscordante, e é por isso que algumas falas revelam a persistência de elementos de ordem moral, ética e pessoal que impelem administração da diferença sorológica além e aquém da lógica interna do casal.

Quando saiu o resultado do exame dele e do seu o que passou na sua cabeça?

Eu pensei vou ser viúva? vou ter que acabar por que eu não quero ser viúva. Quando elas foram embora (a família abandonou o parceiro) eu tive que ficar com ele. Eu ainda converso com ele, por que ele quer muito casar comigo de papel passado mesmo, já faz uns três ou quatro meses que ele fala, mas eu tenho resistido, dou uma desculpa dou outra. Eu fico pensando “eu to com ele aos trancos e barrancos, mas eu to com ele e se eu chegar á situação dele será que ficaria comigo?

Por que eu sei que a situação dele não foi fácil nem está sendo, e eu ainda estou com ele por que eu gosto muito dele, sabe (choro).

Queria poder viver com ele tranqüila, com a filha dele, queria poder formar uma família de verdade, morar com ele, com a filha dele, mas é como se tudo conspirasse contra sabe.

(MULHER HIV-, CASAL XXII)

A mulher HIV- do casal XXII elabora em seu relato, através de diferentes enunciados, as aporias entre o medo de ficar viúva e a possibilidade de não realizar o seu “projeto de família”, e entre a vergonha social em abandonar um parceiro(a) doente e a solidariedade conjugal diante da situação vivida. A um só tempo em que afirma “eu ainda estou com ele por que eu gosto muito dele”, a decisão em viver em situação de sorodiscordância surge como uma “necessidade” social e moral quando assume “eu tive que ficar com ele”. Na (com)vivência com o HIV/Aids, questões éticas e morais, podem solicitar o reconhecimento da competência para ser dona-de-casa ou pai de família, ou reconhecimento do estatuto social, das posições que os cônjuges ocupam no espaço social enquanto marido e mulher, ou até mesmo como uma família; e de acordo com o depoimento acima, o parceiro HIV+ não teria condições de assumir o papel de marido e de pai, e por isso, talvez não fosse com ele que a entrevistada realizaria o seu “projeto de família”.

Diante deste quadro, pode-se dizer que dependendo do momento vivido pelo casal, de seus planos futuros e de sua trajetória, tanto um “projeto de família” pode contribuir para a manutenção da conjugalidade, no caso do casal II, como talvez possa provocar dúvidas sobre

o futuro da relação – principalmente quando o casal está no início da vida a dois e a sorodiscordância é percebida como um impeditivo para a realização do projeto de vida (seja a dois, seja familiar), como relata a mulher HIV- do casal XXII. Entretanto, deve-se ter em conta que mesmo em situações desgastantes condicionantes internos e externos a relação podem conduzir a conjugalidade sorodiscordante para o HIV/Aids, fazendo com que mesmo aos “aos trancos e barrancos” (MULHER HIV-, CASAL XXII) valha a pena se manter enquanto casal, ou “família conjugal”. Desse modo, tudo indica que se os “duplos vínculos” entre o casal e o silenciamento são vivenciados como elementos contornáveis, é porque outros elementos conjugais (quiçá familiares) são percebidos como compensadores.

Por fim, nosso material empírico nos indica que os casais investigados configuram de diferentes formas a sua conjugalidade. O que pode ser lido como uma impossibilidade de se tratar aqui de um modelo conjugal sorodiscordante, mas de configurações conjugais em que a diferença sorológica só ganha significado quando associada ao contexto, à trajetória e à dinâmica de cada casal. Muito embora se reconheça regularidades sobre o estigma da doença, a tensão da revelação e as mudanças nas práticas conjugais, a díade cria, mesmo com interferências externas, a sua própria lógica interna. Por isso, se para alguns, o silenciamento, surge como gerenciador da (com)vivência com a discordância sorológica, para outros, o ocultar-se pode deflagrar uma situação de “duplo vínculo”. Se o que está em jogo é um “projeto de família”, ou a vida a dois, é trajetória de cada casal que vai revelar. Portanto, as implicações da sorodiscordância não seguem um único caminho e são dependentes tanto do momento de entrada na vida do casal quanto à posição de gênero do ser soropositivo, bem como, aos elementos os quais os cônjuges fazem referência e ao modo como a díade se constitui seja enquanto par, seja enquanto “família conjugal”.

CAPÍTULO III

Significados em risco: entre as relações de gênero e as negociações sexuais

3.1. Diferenças e hierarquias

A convivência em situação de sorodiscordância está emaranhada no tecido das relações de gênero, das visões de mundo, dos significados culturalmente enraizados e dos contextos sociais e econômicos dos parceiros. De fato, na nossa pesquisa, as relações de gênero desempenharam um importante papel nas configurações conjugais sorodiscordantes, tornando os significados atribuídos à soropositividade e à soronegatividade especialmente problemáticos.

Nesse sentido, pode-se afirmar que se a diferença sorológica assume distintos significados entre os companheiros e isto se deve, sobretudo, as relações de gênero, haja vista que um diagnóstico de soropositividade pode confrontar ideais de masculinidades e de feminilidades e a partir destes modelar fortemente o sentido da sorodiscordância na dinâmica conjugal. De um lado, a soropositividade feminina pode afetar as percepções de gênero, as normas e os valores sexuais referentes à moral de “mulher de família”, à capacidade de ter filhos e à diferença em relação às mulheres ditas “sadias”. De outro, a soropositividade masculina talvez possa pôr em questão os estereótipos de virilidade, o caráter dito “ativo e incontrolável” do desejo do homem (OLAVARRIA, 1999), que “deve”, a partir do diagnóstico, ser controlado, quiçá, limitado.

Com efeito, a conjugalidade sorodiscordante pode confrontar as dinâmicas diádicas nas quais se tem por ideal a fusão entre os parceiros e a complementariedade. A conotação simbólica de “ter que se proteger do (a) parceiro (a)” talvez se confronte com o imaginário de esposa – “limpa” e símbolo de “segurança” –, ou da figura do marido – forte e protetor.

Decerto, como nos lembram Gogna & Ramos (1999), o HIV/Aids afeta de maneira distinta os homens e as mulheres, tanto do ponto de vista biológico quanto no âmbito cultural. Tal qual defende Vaitsman (1994), homens e mulheres diferenciam-se, enquanto sexos, devido às diferenças anatômo-fisiológicas, e do ponto de vista do gênero, pela incorporação de valores e normas socioculturais distintos que constroem o homem e a mulher.

Assim como Maksud (2007) encontrou em sua pesquisa a acentuação de assimetrias de gênero na conjugalidade sorodiscordante, verificamos que quando a mulher é a parceira soropositiva da relação conjugal, não raros foram os casos em que se instaurou uma hipérbole da desigualdade; quer dizer, se exacerbou através da sorodiscordância a condição dessimétrica da mulher em relação ao marido, tanto como parceira devido ao maior poder dele no

relacionamento quanto como sujeito que está social e moralmente em condição inferior em virtude da soropositividade. Entretanto, os sujeitos soropositivos do sexo masculino também apresentaram uma auto-imagem moralmente inferiorizada em relação aos demais homens soronegativos da sociedade.

Neste ponto, o que esta autoimagem estigmatizada da soropositividade nos demonstra é que a reputação, a autoapresentação e os estereótipos da doença se conjugam não apenas com as imagens sobre si mesmo, mas inextricavelmente com as apropriações de poder que estas percepções podem alterar ou asseverar na dinâmica conjugal. Segundo Silva & Couto (2009, p.86), “A soropositividade implicaria uma “desvantagem” do membro infectado em relação ao parceiro soronegativo, também subordinada à lógica assimétrica de gênero”

Historicamente, a perspectiva de “desvantagem” das mulheres em relação aos seus parceiros vai além da situação de sorodiscordância e pode ser resgatada do debate sobre a categoria gênero. Segundo Henrietta Moore (2000), comumente os discursos sobre gênero e sexualidade se fundamentam na construção de mulheres e homens como pessoas distintas, marcadas pela diferença. Assim, foi nesse sentido que a concepção de gênero surgiu em meados da década de 1970 – sobremaneira na Europa e na América do Norte – questionando o determinismo biológico que fundamentava tais diferenças sexuais. Na esteira dos debates sobre “direitos iguais à cidadania”, ferveu uma mobilização feminista que propunha a igualdade entre os sexos (PISCITELLI, 2001). O ponto nodal era pôr em debate a opressão feminina, era pôr sob a luz dos holofotes a “mulher”.

Recorrendo à crítica genealógica empreendida por Foucault (2009), Butler (2008) defende que o gênero seria uma produção discursiva regulada por uma “heterossexualidade compulsória e naturalizada”. As críticas a esta produção surgem no sentido de questionamento dos inter cruzamentos sociais, culturais e políticos que alimentam e tornam inteligível a substancialização, o essencialismo do ser “homem” e do ser “mulher”.

De acordo com Butler (2008), a heterossexualização e o essencialismo de gênero produziram oposições e desigualdades entre o feminino e o masculino através da atribuição de características específicas de “macho” e de “fêmea”. Aqui, em consonância com a crítica política, Butler (2008) inclui no debate de gênero outros atores como homossexuais e bissexuais, estes que por sua vez acabaram por questionar o modelo binário heterossexual e explicitar as discontinuidades entre “corpos sexuados e gênero”.

Muito embora os debates sobre as relações de gênero sigam caminhos distintos e nem um pouco consensuais, acirram-se as querelas a respeito do estatuto analítico e empírico da categoria gênero, as críticas à matriz heterossexual e, conjuntamente com o empreendimento político debate-se como o poder opera tanto na formação da própria categoria quanto nas relações entre os gêneros. (BARBOSA, et al, 1995).

Assim, na mesma medida em que o gênero se torna uma categoria de investigação científica, assiste-se, como bem explica Barbosa et. al. (1995, p.102),

[...] a constituição de uma inversão: as desigualdades sociais entre homens e mulheres que até então informavam a diferença sexual [...] passam a ser explicadas por ela e, assim, o sexo determina o gênero.

Durante muito tempo a teoria feminista se baseou numa perspectiva de patriarcado para explicar as assimetrias de gênero e propor uma dominação masculina universal. Entretanto, a complexidade da contemporaneidade exigiu diferentes leituras das relações de gênero a partir de seus contextos.

Em toda a especulação de Engels, do feminismo socialista e das posições feministas enraizadas na antropologia estruturalista, são muitos os esforços para localizar na história ou na cultura momentos ou estruturas que estabeleçam hierarquias de gênero (BUTLER, 2008, p.65).

A pretensão em universalizar a dominação masculina, e conseqüentemente unificar o sujeito dominado, foi questionada por uma perspectiva pós-estruturalista de desconstrução da concepção de modelo único de gênero. Estudos recentes nas ciências sociais defendem que não existe um sistema simplista de gênero, e sim, uma gama de discursos e práticas sociais e sexuais que podem variar de acordo com o contexto e a trajetória biográfica dos sujeitos (MOORE, 2000; ORTNER, 2006).

No Brasil, em seus diferentes desdobramentos os estudos sobre a categoria gênero comumente têm atribuído maior ênfase à perspectiva construtivista de explicar a distinção entre sexo e gênero como efeitos de produções culturais assumidas pelo corpo – o que acaba por problematizar as identidades sexuais – (LOYOLA, 1998; LOURO, 2001), bem como as relações – igualitárias/desiguais – entre os gêneros (SALEM, 1996; HEILBORN & GOUVEIA, 1999; HEILBORN, 2004).

Desse modo, pode-se especular que talvez seja em decorrência dos trabalhos sobre as relações hierárquicas entre homens e mulheres e pelo histórico patriarcal brasileiro (que fundamentou a tese de "dominação masculina" – sobretudo nas camadas populares) que a literatura nacional sobre a questão de gênero na conjugalidade usualmente enverede pela divisão defendida por Dumont (1985) entre o paradigma holista e o individualista. As apropriações de Salem (1996) e Heilborn (2004) dos paradigmas elaborados por Dumont (1985) apontam para as especificidades culturais e ideológicas, mais ainda, para as oposições entre o modelo conjugal da classe média e o da classe popular. Nas palavras de Salem:

Ter-se-iam, em um pólo, os "individualistas modernos" que, norteados pelo princípio da igualdade subordinam o todo às partes e a relação ao indivíduo-valor. No outro pólo estariam os grupos populares que, comprometidos com o ideal da hierarquia, enfatizam antes totalidades sociais do que unidades individuais e têm na relacionalidade, na complementariedade e na reciprocidade as qualidades afirmativas de sua cultura (SALEM, 2006, p.419).

Coadunando com a perspectiva hierárquica atribuídas por Salem (1996) às camadas populares, nos estudos sobre as relações de gênero no contexto do HIV/Aids, a pedra angular tem sido a vulnerabilidade da população feminina (especialmente de grupos populares) e os impactos da apropriação desigual do poder (entre os parceiros) nas negociações sexuais. Sob o enfoque das desigualdades entre os cônjuges e, especialmente, das relações de poder na vida conjugal, tende-se a reproduzir a tese de dominação masculina como agravante para o enfrentamento da epidemia da Aids.

Convém assinalar que é provável que o enquadramento da conjugalidade sorodiscordante a partir da oposição entre o holismo e o individualismo restringiria o campo de visão sobre as dinâmicas de gênero dos casais estudados, por isso, não coadunamos com esta tipificação binária da conjugalidade; além do fato do fechamento das camadas populares no tipo ideal holista não ser coerente com as experiências relatadas pelos sujeitos da pesquisa, que ora se mostraram como reprodutoras das desigualdades de gênero, ora mantinham ou re-significavam o status dos parceiros no relacionamento, ou ainda a soropositividade masculina surgia como ameaça do lugar de poder do homem na relação.

Desse modo, mesmo que seja pertinente afirmar que a diferença sorológica e as diferenças de gênero estão imbricadas, os sujeitos da pesquisa fizeram uso de dimensões coletivas e individuais para relatar sua convivência com o HIV. Isso significa dizer que

embora os entrevistados sejam marcados por representações sociais de gênero, a experiência vivenciada a dois, a trajetória individual e o contexto no qual a situação de sorodiscordância se inscreve deflagram diferentes posicionamentos diante da diferença sorológica e do risco de contaminação do parceiro soronegativo.

Nesse sentido, recorreremos à perspectiva de Wendy Holloway (1984), discutida por Henrietta Moore (2000), sobre o grau de “investimento” dos sujeitos em um relacionamento, para interpretar os distintos posicionamentos dos casais sorodiscordantes em suas relações de gênero. De acordo com Holloway (1984), o “investimento” pode ser definido como a aposta que o sujeito faz em determinada situação na qual considera tanto o compromisso emocional quanto o interesse – seja material, moral ou social – como motivação para o envolvimento.

Se imaginarmos que os indivíduos assumem certas posições de sujeito por causa do modo em que essas posições dão prazer, satisfação ou retribuição ao nível individual ou pessoal, devemos também reconhecer que essas satisfações individuais têm poder e significado apenas no contexto de vários discursos e práticas institucionalizados, isto é, no contexto de certos modos sancionados de subjetividade. (MOORE, 2000, p.37).

A apropriação que Henrietta Moore (2000) fez da noção de “investimento” de Holloway (1984) nos parece bastante útil para a interpretação da conjugalidade sorodiscordante na medida em que enfatiza a experiência dos sujeitos em seus contextos culturais e sociais sem desconsiderar as questões de poder, os benefícios sociais e morais que o “investimento” em um relacionamento pode comportar. Aliás, as vantagens e a retribuição esperadas da condição de um “bom marido”, uma “esposa respeitável”, de uma “família unida”, do “cuidador (a)”, e as desvantagens do *status* de “pessoa soropositiva”, de “doente” não podem ser interpretadas sem ter em conta o potencial de poder que estas representações podem adquirir tanto na relação diádica quanto nas redes de sociabilidade.

Assim, dispensando o ranço economicista do termo “investimento”, bem como um possível entendimento deste apenas enquanto uma mera questão de escolha, Moore (2008) recorre à contextualização histórica e biográfica dos sujeitos para explicar que discursos dominantes sobre gênero, classe e raça (as implicações do exercício dessas posições dominantes) são centrais para o envolvimento em determinadas situações, porém, estas se correlacionam aos projetos de vida, aos modos de subjetividades e sua avaliação do que é satisfatório, do que é penoso – mas compensável –, enfim, no que se vale à pena investir!

Portanto, é desse modo que dentre as distintas maneiras de investir na vida a dois e de convivência com o HIV/Aids que interpretamos a discordância sorológica dos casais em que o indivíduo soropositivo é posto pelo parceiro(a), ou se autoapresenta, como uma pessoa social, sexual e moralmente incompleta, como um elemento hierarquizador entre cônjuges. Para esses casais, a soropositividade atribui uma característica desqualificadora à pessoa portadora, o que por sua vez é vivenciado momentaneamente como uma alteridade desestruturadora da união conjugal.

Às vezes, peço para que ele procure uma pessoa que seja negativa.
Esse mês mesmo, eu tive um problema que eu fiquei no hospital de observação, ele veio comigo. Mas, eu sempre tento passar para ele que ele pode arranjar outra pessoa e levar uma vida melhor.
(MULHER HIV+, CASAL II)

Tem dias que você não se lembra que tem e outros dias que são mais complicados. Saber que você poderia ter feito outras escolhas. Tem dias que você se lembra que tem e coloca os “pés no freio”.
Porque se eu não tivesse entrado nessa relação eu poderia estar com uma pessoa que não tivesse. Mas, já que tem, vamos fazer por onde viver bem.
(HOMEM HIV -, CASAL II)

A diferença sorológica não é vivenciada a todo o momento como geradora de hierarquia entre os parceiros, mas, como relata a mulher HIV+, apenas nas situações em que o vírus se mostra mais presente (como por exemplo, nas internações, nas mudanças dos roteiros sexuais) revelando a face problemática da convivência com o HIV/Aids.

De acordo com Knauth, VÍctora & Leal (1998), a Aids provoca um repensar das diferenças e limites entre o “eu” e o “outro”, e é nesse sentido que no caso acima tudo indica que se desenvolve uma “alteridade situacional”. Ou seja, por vezes, a proximidade, o cotidiano, a lógica conjugal impossibilitam a percepção de diferenciação entre os parceiros, porém, nas situações em que a sorodiscordância se impõe enquanto problema, a soropositividade serve como marcador, como instrumento para definir a pessoa portadora como “outro”.

Na medida em que é a definição da situação que possibilita ou não uma relação de alteridade entre os parceiros que a mulher HIV+ do casal II explica que: “às vezes me sinto inferior”. A percepção de inferioridade é expressa de forma relacional tanto no que diz respeito ao marido quanto a uma pessoa soronegativa. Do ponto de vista da conjugalidade, ela relata a desigualdade construída na relação sorodiscordante ao afirmar: “vá procurar uma

pessoa que seja igual a você”; já no que tange à diferença em relação às mulheres HIV-, ela ressalta as desvantagens da condição do casal e atribui a possibilidade do parceiro ter uma vida melhor caso decida se relacionar com uma pessoa que não seja soropositiva. De outro lado, o depoimento do parceiro HIV – coloca a situação de sorodiscordância como algo que não é desejável, inclusive, ele ressalta que poderia estar com uma pessoa que não fosse portadora do vírus, porém, já que o casal formou uma família, filhos, enfim, uma história junto – e esta por si compensaria o envolvimento – e não tem como mudar a condição de sorodiscordância, o melhor é tentar conviver bem com a situação.

Neste ponto, pode-se afirmar que para o casal II a diferença fundada na condição sorológica ganha relevo, em determinados momentos, conjugando-se às demais distinções, sejam de gênero, etárias ou culturais, construindo assim uma “alteridade situacional” entre os cônjuges, o que leva a tensões no relacionamento.

Assim, do mesmo modo em que a diferença sorológica do casal II resignificou a condição da parceira HIV+ no relacionamento, no casal IX, verificou-se uma autoavaliação da mulher portadora do HIV enquanto uma pessoa “incompleta”:

Eu até propus a ele, disse assim: se você quiser viver sua vida com outra pessoa, você tem todo direito. Não é porque eu estou assim que você vai se prender por isso. Não quero que você fique comigo por pena, não é? Porque acontece. Você sabe que sou a mãe do seu filho... para você ficar para depois de amanhã você arranjar outra pessoa, me fazer sofrer, é melhor ser tudo agora.

E como é então a relação de vocês? Fale um pouquinho da relação.

Assim, eu acho que eu fiquei um pouco insegura depois desse problema. Eu era muito segura de si, mas eu fiquei um pouco insegura.

(MULHER HIV+, CASAL IX)

Ora, no depoimento acima a mulher coloca como se a sua soropositividade esvaziasse não apenas as suas qualidades, mas a própria trajetória do casal, a tal ponto dela não se perceber mais como uma pessoa alvo de amor e de interesse, e sim, como um ser digno de “pena” – “Não quero que você fique comigo por pena”. Como reflexo desta autoimagem negativa, instaura-se a insegurança diante da situação sorodiscordante, devido ao receio de que o marido arranje outra pessoa.

A percepção de desqualificação, de desonra advinda da soropositividade não permeia apenas a relação interna da díade⁴². No caso dos parceiros do casal XVI (que mora com

⁴² Voltaremos à discussão sobre as relações entre os casais e as redes de sociabilidades no próximo capítulo!

familiares), a mãe do homem HIV- tentou expulsar a esposa do filho devido à sua condição sorológica. Como o marido explica: “minha mãe fica fazendo intriga”. Reproduzindo os estereótipos sobre as pessoas com HIV, a sogra fala mal da nora e faz insinuações sobre suas saídas de casa. Por sua vez, o parceiro que até antes da descoberta da soropositividade da esposa dizia sentir muito ciúmes da mulher, relata que “até esse negócio (tinha ciúmes), depois que foi... não sinto mais ciúmes não!”. Parece-nos que assim como no caso da mulher HIV+ da díade IX em que haveria uma percepção de que a sua condição sorológica ceifaria o seu potencial de despertar o interesse de outra pessoa, o homem HIV- do casal XVI entenderia do mesmo modo a situação da esposa.

Ora, se para os casais acima a discordância sorológica provocou dessimetrias entre os parceiros, diminuindo o lugar da mulher soropositiva na relação, é interessante perceber como o casal III – que também configura a diferença sorológica como fundadora de desigualdades (de ritmo de relações sexuais, de condição de saúde) – evoca outros condicionantes para relatar a mudança de *status* de cada cônjuge na dinâmica conjugal. Em um primeiro momento, o casal III relata experiências de desvantagens da situação de sorodiscordância bem próximas das questões levantadas pelos casais II, IX e XVI, como pode ser percebido nas falas abaixo:

A pessoa que sabe que tem uma vida saudável e vai conviver com uma pessoa que não tem, e além disso tem filhos, é muita responsabilidade porque vêm muitos problemas.

Que tipo de problemas?

Em todos os termos é diferente de uma vida normal. Os cuidados, as dificuldades que a gente tem que ter dentro de casa, com ele mesmo, o tratamento.

Falei pra ele que eu não ia fingir; se ele ta com o pique todo, que ele procure uma pessoa que seja ideal pra ele, que a gente saia numa boa, que os dois se entendam, não com raiva, nem com rancor.

Ele manifestou se gostaria de fazer outras práticas sexuais?

Nunca cobrou. E foi até bom, porque se ele se permitisse ou não, não ia acontecer, a menos que ele quisesse mesmo ser parceiro de sangue.

(MULHER HIV+, CASAL III)

Às vezes eu reclamo com ela (...) pois estava numa boa, vivendo tranquilo. Fazendo sexo, não com qualquer uma, mas de maneira que deveria e poderia fazer. Junto dela eu estou privado e não estou reclamando da situação.

(HOMEM HIV-, CASAL III)

Todavia, ao longo da entrevista questões referentes à posição do parceiro na relação conjugal se mostraram mais desestabilizadoras para a díade do que a desigualdade

desencadeada pela diferença sorológica. Ainda que a mulher HIV+ perceba a sua soropositividade como um elemento complicador para a vida a dois, “em todos os termos é diferente de uma vida normal”, e que a sorodiscordância seja entendida como um agente limitador da relação conjugal produzindo distinções entre os cônjuges – já que não seriam “parceiros de sangue” –, a duradoura situação de desemprego do marido foi verbalizada como causadora de crises entre o casal. A mulher HIV+ recebe uma pensão (pela morte do ex-marido) que tem servido para o sustento da família, e por isso, o desemprego do parceiro contrabalanceou o *status* da soropositividade da mulher a ponto da falta do papel do provedor ser mais danosa ao relacionamento do que a diferença sorológica.

Eu não vou fingir, eu não vou me maltratar, eu acho que isso é uma tortura se deitar e não sentir prazer, não se sentir à vontade, se deitar só para dar prazer ao parceiro. Para mim, isso não ia valer à pena, eu estava me afastando cada vez mais. Estava dificultando também, não sei se foi porque ele saiu do emprego, está desempregado e a ajuda que vem é só a pensão por morte pra pagar água, luz.

Então, isso me preocupa muito, não por ele, por que vejo que ele é uma pessoa muito descansada, vejo que não tem atitude de reagir. De batalhar um emprego fora, de ir atrás de um bico fora, daí me estressa muito porque se eu vivesse só, uma mulher só todo mundo ajuda. Minha família mesmo... Eu não queria mais outro parceiro na minha vida, só meus filhos, e eu acredito que todo mundo ia me ajudar, eu ia ter disposição para lavar uma roupa suja fora, para fazer uma faxina porque isso não ia me atrapalhar, nem tão pouco prejudicar ninguém. Ia me virar, ia ter disposição, mas com um homem dentro de casa jamais eu vou dar um passo à frente.

(MULHER HIV+, CASAL III)

No depoimento acima, ao falar da crise pela qual o casal estava passando, a entrevistada aponta como motivo para a sua pretensão de se separar a falta de atitude do marido para “batalhar” por um emprego. Em uma fala altamente assinalada por papéis sexuais, a mulher HIV+ se recusa a assumir o lugar de provedor que ela entende como do parceiro, “com um homem dentro de casa jamais eu vou dar um passo à frente”. Desse modo, além da desonra de ser desempregado, do fracasso na tarefa de sustentar a família, o marido ainda atrapalharia uma possível ajuda dos familiares. Como afirma Sarti (1996, p. 86), “Daí a ilegitimidade do desemprego, que representa não apenas uma privação material, mas, sobretudo, moral”

Tendo em vista o peso dado pela mulher HIV+ aos marcadores de gênero, a sorodiscordância do casal III foi enredada a tal ponto, por um conjunto de distinções que não

dizem respeito diretamente à presença do HIV/Aids na vida conjugal, que a desigualdade provocada pela diferença sorológica diminuiu sua importância e seu alcance na relação.

Assim, para a mulher HIV+, o lugar que as diferenças de papéis sexuais ocupam na configuração do relacionamento é tão definidor que a sua desestruturação justificaria a ausência de “investimento” na relação diádica. Como nos indica Moore (2008, p.36), “Se a qualquer momento existirem discursos concorrentes (...) sobre feminilidade e masculinidade, então o que motiva os indivíduos a assumirem uma posição de sujeito e não outra é seu grau de ‘investimento’ numa posição particular de sujeito”. Ou seja, no caso da díade do casal III, para a esposa, a situação de desemprego do marido se contrapõe aos atributos de masculinidade, o que a faz assumir um posicionamento de menor (e avaliação se ainda é “compensável”) “investimento” na relação.

Enquanto na conjugalidade da díade III a sorodiscordância ganha menor expressão, na crise vivenciada em detrimento dos papéis sexuais, na convivência dos casais XII e XXII, é a diferença sorológica que provoca o questionamento do ideal de masculinidade e virilidade, realocando a posição do homem no interior da vida a dois. Primeiramente, é importante ressaltar que talvez a mudança de significação da discordância sorológica em relação ao casal III se deva ao fato que nos casais XII e XXII o homem é o sujeito soropositivo, o que nos alerta que homens e mulheres convivem de forma distinta com a condição de portador do HIV, haja vista que o HIV/Aids carrega para os ideais de feminilidade e masculinidade diferentes conotações simbólicas. Segundo, deve-se considerar que, diferentemente da díade III, a sorodiscordância trouxe muitas mudanças para a vida dos casais XII e XXII.

A trajetória de vida do homem HIV+ do casal XII foi permeada por muitas relações extraconjugais, pelo intenso ritmo de trabalho e por muitas amizades. Isso mudou depois da descoberta da soropositividade, com o surgimento do preconceito por parte dos amigos, o preconceito no ambiente de trabalho (do qual foi demitido – tendo, posteriormente, se aposentado) e o “bloqueio” psicológico que o impede de ter relações sexuais.

Como foi sua vida a partir daí?

Mudou completamente. Mudou!

Em que sentido assim?

Em tudo. Ainda hoje de vez em quando eu penso em desfazer esse tratamento, que às vezes a minha cabeça vira de um jeito que eu não consigo... assim... me aceitar.

E vocês começaram a ter relação com preservativo ou sem?

Não isso aí é um assunto que até hoje eu debato com a Psicóloga. Que já faz sete anos e ainda hoje eu não consegui, assim... ter uma relação normal com a minha esposa porque bloqueia... eu acho que o meu trauma todinho ainda é esse sabe? Porque relação mesmo... se eu disser a senhora que tenho uma relação, assim, sexual mesmo normal com a minha esposa, eu estou mentindo. Agora eu estou bem, bem, aí na hora “H” bloqueia e eu não consigo...

E como é que ela reage a isso?

Ah, normal. Ela só faz dizer que a gente tem que lutar, batalhar, que um dia vai conseguir. Ela é... outra aí... Eu não tenho o que falar dela não. Até porque ela mesma me mostrou que a vida não só é de sexo, é uma convivência, uma união... só que eu tinha uma vida sexual muito ativa... Aí houve esse choque tudo e bloqueou. Mas ainda hoje eu estou sempre fazendo tratamento com a Psicóloga. Um dia eu consigo, fiz vários exames e está normal é só um bloqueio mesmo que tem. Eu acho que é devido eu nunca ter usado preservativo, tudo, aí quando eu vou ter que usar.. aí pronto, me dá aquela angústia, tudo...

(HOMEM HIV+, CASAL XII)

As mudanças no universo do trabalho, na vida sexual e social fizeram com que a soropositividade lhe retirasse o caráter “ativo”. É devido às implicações da soropositividade que o homem HIV+ oscila entre períodos de depressão (com pensamentos suicidas) e fases de adesão ao tratamento. Em diferentes momentos da entrevista o termo “ativo” é recorrente em sua fala. Parece-nos que a condição de portador do HIV foi amiúde significada pelo entrevistado como um tolhimento de sua moral masculina, da sua posição enquanto indivíduo forte, trabalhador, chefe de família, mas, sobretudo, de homem viril, senhor do seu desejo e de sua potência sexual. Entretanto, não apenas o parceiro HIV+ da relação verificou as vicissitudes da nova situação para sua atuação enquanto homem, mas, a forma como a sua esposa o percebia, enquanto um homem “mulherengo”, também mudou.

Alguma vez tinha passado pela sua cabeça que ele poderia contrair este vírus?

Passou. Porque ele era muito mulherengo e eu vivia avisando que ele corria o risco de pegar isso e passar pra mim. Só que ele não acreditava que isso poderia acontecer com ele. Por isso que o choque foi grande, eu não vou dizer aqui que não foi, mas também não foi tão grande.

E a confiança?

Da parte da traição, eu, a maior confiança, porque depois disso eu tenho certeza que ele não vai mais repetir a dose.

(MULHER HIV-, CASAL XII)

A soropositividade alterou o status de “mulherengo” do entrevistado, mais que isso, afetou os hábitos e as imagens que até então o construíam como “homem”. Desse modo, fazendo uso da tese de Moore (2000), verificamos que é provável que para o parceiro HIV+ a:

Frustração no caso pode ser entendida como a incapacidade de manter ou assumir apropriadamente uma posição de sujeito marcada por gênero, o que resulta numa crise da autorrepresentação e/ou avaliação social (MOORE, 2000, p. 40).

De tal modo, tanto o parceiro HIV+ quanto a esposa significaram a condição de portador (devido ao “bloqueio” da sexualidade) como um agente que alterou a virilidade. Entretanto, esta só se mostrou problemática para o marido, já que a esposa entende que a relação tem outros elementos mais importantes que o sexo, em suas palavras: “passei a valorizar outras coisas da vida, dar valor às pequenas coisas da vida” – o que acaba por ressaltar que o relacionamento carrega muito mais retribuições e compensações do que as supostas “perdas” (sobremaneira nas atividades sexuais), advindas da sorodiscordância, poderiam representar.

Assim como os relatos acima, o casal XXII também reconfigurou a percepção de masculinidade após a descoberta da soropositividade. Por avaliar que a sua condição sorológica os impede de ter uma vida sexual dita “completa”, o homem HIV+ acredita que a parceira possa vir a procurar outra pessoa:

Por que não é como era antes?

Porque mudou muita coisa, eu tenho hérnia também, então a gente não tem uma relação completa do jeito que deseja.

(HOMEM HIV+, CASAL XXII)

Mudou alguma coisa em relação à confiança?

Da parte dele sim. Ele diz o tempo todo que eu tenho outra pessoa.

Por que tu achas que ele diz isso?

Porque a gente não tem mais relação constante, é raramente. É claro que eu também pensaria que ele tem outra pessoa. Ele diz pra mim “você está com outra pessoa, você tem outra pessoa por fora.

(MULHER HIV-, CASAL XXII)

Novamente, verifica-se a ideia de incompletude atribuída à condição de pessoa portadora do vírus HIV, especialmente enquanto sujeito sexual. Como defende Olavarria (1999), a sexualidade na contemporaneidade seria uma forma de entrega e comunicação entre

os parceiros, e por isso, a “carência sexual” geraria um sentimento de incompletude; o que se torna, por vezes, especialmente complicado na situação de sorodiscordância já que se soma a esta elementos moralizantes e estigmatizantes, não apenas da pessoa portadora do HIV, como também do parceiro(a). Nesse sentido, juntamente com esta percepção de “falta”, de “indivíduo incompleto” que hierarquiza a posição dos cônjuges no relacionamento, igualmente se constata por parte da parceira HIV- uma atribuição de desonra, de desqualificação do noivo enquanto homem devido à soropositividade:

Quais são os teus planos para o futuro?

Com ele ou sem ele? Sinceramente eu não tenho plano, eu sonho em estar casada, em estar bem com o meu marido, ter filhos, ter segurança no meu marido. Porque eu acho que se a mulher não se sentir segura em casa, por que o homem ele já tem aquele instinto protetor, mas eu sinto esse instinto protetor nele por causa das drogas, por causa da doença também porque ele não tem força de brigar com alguém, não tem força de correr, esses instintos que eu falo que o homem tem está entendendo? Eu sonho em ter meu marido, meus filhos, eu sonho, mas eu não sei se é com ele ou sem ele, sei que eu quero.

(MULHER HIV-, CASAL XXII)

De acordo com o depoimento acima, dentre os atributos masculinos estaria a capacidade de proteger a mulher e os filhos, o que ela chama de “*instinto protetor*”, ao lado da força e da segurança; elementos estes que não poderiam ser encontrados no parceiro devido ao vírus e ao histórico de ex-usuário de drogas. Vale ressaltar que a experiência do casal XXII com o HIV/Aids tem sido marcada por constantes interações. Nesse sentido, já que a condição do parceiro HIV+ confrontaria os imaginários dominantes do “Ser Homem”, a mulher tem dúvida, mesmo com seu envolvimento emocional, se constituirá com o atual parceiro a sua família, se continuará investindo no relacionamento tendo em vista “o peso” da convivência com o HIV/Aids.

Os relatos dos casais que significaram a discordância sorológica como uma diferença hierarquizante se inscrevem fortemente nas contendas de gênero. Entretanto, ao invés de expressar um modelo conjugal sorodiscordante, entre outras coisas, revelou-se a diversidade de discursos e de imagens que alicerçam as suas noções de feminilidade e masculinidade e se somam à diferença sorológica desses casais. Os distintos significados que a percepção de sujeito social e sexual “incompleto” e que as “desvantagens” do *status* de pessoa soropositiva (e de marido desempregado) podem assumir na vida a dois só têm poder apenas quando questionam os elementos estruturantes do relacionamento, maximizando assim as

desigualdade e a alteridade entre os parceiros; o que conseqüentemente pode ocasionar crises conjugais.

Ademais, quando a alteridade é “situacional” (KNAUTH, et, al, 1998), como nos casais II, IX e XVI, a cotidianidade conjugal ameniza os impactos da sorodiscordância e a vida retoma o seu curso, de modo que o grau de “investimento” na relação diádica pressupõe a administração das situações problemáticas, já que “algumas posições carregam muito mais retribuição que outras e algumas são negativamente sancionadas” (MOORE, 2000, p.37).

De outro modo, nas situações em que a posição do parceiro na relação se confronta com os discursos sobre masculinidades e feminilidades, e os marcadores de gênero são entendidos como definidores para a dinâmica conjugal, como pode ser percebido nos casais III e XXII, o parceiro se torna um “outro” desempenhando um papel diverso do esperado (inclusive, podendo ocasionar perdas financeiras para as condições de sobrevivência), e por isso, a perda de reputação, de seu lugar de poder na relação, pode ser entendido como deflagrador de menor “investimento” (MOORE, 2008) na vida a dois, ou de crise pessoal, como relatado pelo o homem HIV+ do casal XII.

As implicações destas percepções de incompletude, de discordância hierarquizante, para as apropriações de poder entre os parceiros coadunam com os sentimentos de gratidão do cônjuge HIV+ pelo seu companheiro, como dito no capítulo II, e o reconhecimento da grandeza da aceitação da pessoa HIV- em conviver com o HIV/Aids. A pretensa “superioridade” do *status* da soronegatividade se reverteria em maior poder na relação conjugal. De fato, as falas revelam a aceitação do(a) parceira(a) HIV- em continuar ou iniciar uma relação sorodiscordante como um condicionante a ser tido em conta na vida a dois, sobretudo, nas possíveis falhas do cônjuge HIV-, nos seus posicionamentos contrários ou no seu poder de decisão. Nas palavras do parceiro HIV - do casal III (ao falar sobre um desentendimento sobre as práticas sexuais), quem está em condições de se impor na relação é ele, “Porque eu poderia estar vivendo uma vida normal, na verdade, quem deveria estar reclamando era eu”; por sua vez, a parceira reconhece que “ele merece toda atenção do mundo, só em uma pessoa saber que você é soropositivo e se dedicar a você, se entregar [...]” (MULHER HIV+, CASAL III)

Com efeito, na mesma medida em que a soropositividade feminina trouxe para alguns casais a diminuição do poder da esposa na conjugalidade, para outros, a soropositividade masculina contrabalanceou, e por vezes, reduziu o poder do homem no relacionamento, como

relata a mulher HIV- do casal XXII, que deixou implícito que o parceiro se transformou em um paciente, não o percebendo mais como marido "eu estou lá, mas eu estou cuidando dele como uma enfermeira sabe, eu não estou lá como mulher dele não".

Enfim, é interessante como se instaura uma diferença da diferença, já que assim como não há apenas uma feminilidade e uma masculinidade, também não existe apenas uma conjugalidade sorodiscordante. As apropriações de poder não podem ser tomadas como estruturas fixas, pois são dependentes dos distintos entendimentos da construção de si enquanto casais sorodiscordantes, com suas diferentes experiências tanto de gênero quanto de soropositividade e soronegatividade. Desse modo, se para os seis casais citados acima, momentaneamente ou persistentemente, a diferença sorológica tem se configurado como problema, ocasionando hierarquias entre os parceiros, certamente, não podemos dizer o mesmo dos demais casais. É nesse sentido que discutiremos a seguir outras nuances de gênero dos sujeitos investigados.

3.2. Diferença Solidária

O modo de cada casal configurar, interpretar e dar sentido à situação de sorodiscordância, como já foi dito anteriormente, perpassa distintas conotações simbólicas e diferentes dinâmicas de gerenciamento da situação. Nesse sentido, dentre as múltiplas formas de enfrentamento do HIV/Aids verificou-se que para alguns parceiros valores sociais como a vida conjugal, o companheirismo, a família, a maternidade e a paternidade (KNAUTH, 2003) têm precedência diante do vírus do HIV, o que acaba por se confirmar na chamada solidariedade conjugal.

A solidariedade como um valor orientado para o bem-estar do parceiro contribui para a preservação da relação. De acordo com sua definição no dicionário Aurélio (2001, p.644), a solidariedade é um “laço ou vínculo recíproco de pessoas”, ou seja, ela serve de elo entre os indivíduos corroborando para a permanência das interações. Durkheim (1999) já propunha em sua análise da sociedade moderna que a solidariedade conjugal teria dado início à solidariedade social, esta que por sua vez tornou-se a mola mestra que une os indivíduos ao seu grupo contribuindo para a coesão social.

Seguindo a sua tese de que a diferenciação social construiria a solidariedade na sociedade moderna, Durkheim (1999) defende que a solidariedade conjugal seria fundamentada na divisão sexual do trabalho. Aqui, a partir da percepção de complementaridade entre as funções, a diferenciação e atribuições do lugar do homem e da mulher na relação conjugal, estariam assentadas nas dessemelhanças “ditas” naturais entre os sexos.

Somente diferenças que se supõem e se complementam podem ter estas virtudes. De fato, isolados um do outro, o homem e a mulher são apenas partes diferentes de um mesmo todo concreto que reformam, unindo-se. Em outras palavras, é a divisão sexual a fonte de solidariedade conjugal (DURKHEIM, 1999, p.22)

Muito embora usemos como base a tese de Durkheim de vínculo solidário (e seu efeito moral) para explicar as dinâmicas conjugais sorodiscordantes dos pares que significaram antes a vida a dois e familiar à diferença sorológica, não nos apropriaremos da sua definição de solidariedade conjugal por esta se basear na “complementaridade solidária” resultante de dessemelhanças hierárquicas de gênero.

Tendo em vista que a complementaridade discutida por Durkheim (1999) legitima-se por um discurso desigual entre os gêneros e que a solidariedade conjugal nestes termos reforçaria um tipo de divisão sexual distinta da que encontramos, decidimos então não fazer uso da conceitualização a partir da perspectiva durkheimiana. Portanto, na ausência de outras referências sobre o termo, propomos pensar a solidariedade conjugal como uma relação social que enlaça os cônjuges através da ajuda e do cuidado; relação essa que por sua vez é instituída através das trocas intersubjetivas entre parceiros comprometidos afetivamente e moralmente com o projeto diádico.

De maneira distinta do pensamento de Durkheim (1999), verificou-se que a solidariedade conjugal ensejou, para alguns casais, relações mais igualitárias, especialmente, no que tange à reconfiguração dos afazeres domésticos. O que significa dizer que ao invés de se explicar pela complementaridade assimétrica, a especificidade da solidariedade conjugal, no sentido que a conferimos, se dá pelo seu papel na configuração do par; o que pode ensejar mudanças nas experiências cotidianas, no caso, especialmente, nas relações conhecidas como construtoras de masculinidade e de feminilidade.

Assim, em seu caráter relacional, estabelecendo a cumplicidade, o companheirismo e o cuidado como manifestações de envolvimento emocional e confirmação do compromisso

mútuo, a solidariedade conjugal evidencia o alto grau de “investimento” (MOORE, 2008) dos parceiros sorodiscordantes no relacionamento (que orientaram sua convivência com o HIV/Aids através desses valores) a tal ponto de modelar os papéis sexuais, demarcando novas posições de gênero. Mais que um compromisso, aqui, a ajuda, a parceria no enfrentamento da doença torna-se uma obrigação, haja vista que a moral que rege o relacionamento destes pares postula um vínculo de direitos e deveres na vida conjugal.

Ora, diferentemente dos casais que significaram a sorodiscordância como um problema, um elemento hierarquizador da relação, os pares que ordenaram a convivência com HIV/Aids através da solidariedade conjugal priorizaram o projeto diádico e familiar em detrimento da diferença sorológica; aqui, a situação de sorodiscordância não é percebida como um grande problema, mas como mais uma questão a ser administrada e que requer atenção. Nas palavras da mulher HIV+ do casal VI: “Para ser sincera, hoje para mim está sendo normal, não está tendo diferença por essa questão de ter e não ter não. Pra mim está sendo do mesmo jeito. Com mais cuidado, não é?”

Desse modo, como uma situação que aspira atenção, condensando afetividade, aspectos morais e uma “ética do cuidado” (MAIA, 2009), a solidariedade conjugal conduz à convivência com o HIV/Aids e remodela as relações de gênero de alguns casais investigados. Para o homem HIV- do casal I, “não tem uma chance maior de ajudar” do que a situação de sorodiscordância. Após a descoberta do diagnóstico da esposa, ele assumiu o papel de cuidador para garantir que o tratamento seja seguido à risca: “Telefone duas vezes por dia. ‘Já tomou o remédio?’ ‘Não tomei’, Então tome. Meia hora depois vai pra o outro... E eu conferindo sempre”.

De acordo com Sarti (1996), nas camadas populares, é conferido à mulher o papel de cuidadora dos filhos, da casa e da família. Nesta linha de pensamento, a autoridade masculina estaria ligada ao papel de provedor, ele faria a mediação entre a família e o mundo externo. Já a mulher seria responsável pela unidade familiar, ou seja, pelas relações internas do seio doméstico. Em uma visão marcada pelo externo como campo masculino, e o interno como uma seara feminina, Sarti discute os papéis sexuais dos grupos populares. Entretanto, é notável no depoimento abaixo que o casal I reconfigurou as atribuições de papéis conjugais em sentidos distintos dos termos defendidos por Sarti (1996):

Eu contei a ele, a gente já estava junto. Isso foi um choque para ele. A partir daí eu pensava que ele ia me deixar, mas pelo contrário, foi aí que ele me deu mais apoio.

O que representa pra você conviver com uma pessoa que apresenta uma sorologia diferente da sua?

Muito bom.

Por quê?

Ele não é soropositivo e caso eu ficasse doente, eu e os meninos ele ajudava a cuidar. Pra mim é muito bom.

(MULHER HIV+, CASAL I)

O senhor mudou alguma coisa com relação à saúde, alimentação, hábitos de higiene?

Cuidados maiores com a higiene. Eu tenho inclusive... não de contrair algo dele, do menino, mas de mim pra eles (enteado e a esposa) porque eu, na verdade, eu não tinha o hábito de estar lavando a mão toda hora, porque homem é sempre relaxado. Eu tinha o hábito de todo mundo usar a mesma toalha, hoje já não é mais, cada um usa a sua. Escova de dente jamais colocamos juntas como colocávamos antigamente, agora cada um guarda a sua no armário do banheiro... até em função de que eu possa contaminar eles, não deles pra mim.

(HOMEM HIV-, CASAL I)

Muito embora no casal I o homem trabalhe fora e a mulher cuide dos filhos e da casa, não podemos precisar se havia uma forte divisão de papéis sexuais em todos os âmbitos da cotidianidade da díade, como defendida por Sarti (1996) ao longo do seu livro. O que se percebeu de fato é que houve uma mudança do parceiro HIV – quanto aos cuidados com a esposa e o enteado, de modo que a solidariedade conjugal o fez adotar o lugar de cuidador na relação e na família. Dito de outra forma verificou-se aqui uma inversão em relação aos marcadores de gênero que atribuem à mulher o lugar de cuidadora. Como enfatiza a mulher HIV+, é “muito bom” eles serem sorodiscordantes, pois lhe dar a segurança que ele está lá para cuidar de todos.

Cuidar do outro, preocupar-se e assistir significam cuidar de si mesmo, pois, em alguma medida, se isso não for feito, ocorre o descuido daquilo que nos interessa. Da mesma forma, salvar o outro numa circunstância qualquer atesta sempre uma salvação de si mesmo, pois, do contrário, experimentar-se-ia uma espécie de morte, não aquela, fatual e inevitável, mas a morte de um determinado modo de ser que sempre já se interessa pelo prazer, pelo agradável e pelo bem-estar. (COSTA, 2009. p.47)

Com efeito, bem como a solidariedade conjugal pode advir do campo das emoções e do interesse próprio em manter determinado modo de viver, como explica Costa (2009), esta do mesmo modo talvez esteja atrelada a uma noção de responsabilidade, de dívida com o parceiro(a), sobremaneira quando o casal decide pelo segredo e se isola criando uma relação

de dependência, como pode ser visto no depoimento do homem HIV – do casal V: “Ela passou uns dia chorando e pediu pra eu deixar ela que estava com uns problema, e eu disse ‘não, não vou fazer isso não’. Eu vou cuidar de você porque num tem quem cuide de você”. É provável que a carga moral por abandonar uma pessoa que esteja com o vírus, um parceiro a quem se divide um segredo e que não tem quem o ajude, quiçá transforme a solidariedade conjugal em um dever. E o homem, como o responsável pela família, se veste de cuidador!

Por sua vez, a esposa não vê no apoio do marido uma obrigação, mas uma atitude divinal, um símbolo de companheirismo e de vinculação: “Para falar a verdade, meu marido é um santo, me apóia em tudo, ele nunca me deixou vir sozinha, quando eu fico nervosa ele diz ‘não num fiquei nervosa não’, me dá a maior força, sabe, aquela pessoa companheira mesmo” (MULHER HIV+, CASAL V). Como explica Carlos Minc no livro “Por uma Ética do Cuidado”, o olhar de cuidado amoroso e responsável recompõe os elos da humanidade solidária.

Do mesmo modo como ocorreu com o casal I e V, os parceiros HIV- do casal IV, XIX e XXI também assumiram o papel de cuidador. Na situação do casal IV, a mulher HIV+ explica que ele acompanha o seu tratamento, liga para saber se ela está bem:

Ele procurava saber das coisas, se eu estou indo para o médico direitinho: “está indo para o médico?” Que às vezes eu vou pro médico e ele me acompanha. É assim: “Está se sentindo bem? Está sentindo alguma coisa?” Pronto, ele trabalha de noite, quando da 01:00h da manhã ele liga: “Está sentindo alguma coisa? Está bem? Está tranquila?”

(MULHER HIV+, CASAL IV)

Contudo, a preocupação dele adquiriu caráter prático, pois, além cuidar da esposa, ele passou a ajudar nas tarefas de casa. Haja vista que a sua parceira adquiriu (isto é, não procurou⁴³) o vírus do ex-marido, o homem HIV- entende que “Tanto na época, como hoje, fomos vítimas” e devido “à preocupação com o psicológico dela” ele teria a obrigação moral de ajudá-la. É nesse sentido que a mulher ressalva a colaboração do cônjuge na divisão das atividades domésticas:

E nas tarefas de casa?

Assim, mais eu. Agora ele me ajuda muito.

⁴³ Para uma discussão sobre a percepção de “vírus adquirido” e “vírus procurado” ver: KNAUTH, D.R. **Subjetividade feminina e soropositividade**. In: BARBOSA, R.M.; PARKER, R. (Orgs) Sexualidades pelo Avesso: Direitos, Identidades e Poder. São Paulo: Editora 34/Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1999.

Ele ajuda em quê?

Ah, ele lava uma louça, ele varre uma casa, ele me ajuda... Ele não gosta muito de cozinhar, mas se for pra fazer, ele faz. Ele vai à feira comigo. Ele me ajuda muito.

Eu lavo roupa, ele lava um banheiro, isso tudinho ele faz. Se eu dizer: “Amor lava o banheiro pra mim.” Ele: “Lavo.” Ele lava.

(MULHER HIV +, CASAL IV)

Na contramão da hierarquização de papéis sexuais, o casal IV fez da solidariedade conjugal um vínculo que vai além das divisões sexuais hegemônicas reposicionando o lugar da feminilidade e da masculinidade dentro da relação. Vale salientar que embora o casal não tenha verbalizado (e a entrevista não tenha nos dado base para afirmar as correlações) se o benefício do governo (após o diagnóstico a mulher HIV+ passou a receber um salário mínimo) contribuiu para uma relação mais igualitária em termos da divisão de tarefas, talvez a renda da esposa possa ter influenciado os posicionamentos dos cônjuges.

Neste mesmo sentido, o casal VI, em que ambos os parceiros trabalham, existe uma organização igualitária das atividades domésticas como forma de cuidar da parceira HIV+: “Dividimos as tarefas. A gente sai pra trabalhar, quando chegamos, a gente faz as coisas. Um lava prato, arruma a casa, arruma o quarto” (MULHER HIV+, CASAL VI). A proposta de se manterem como parceiros iguais se mostra especialmente quanto à situação de sorodiscordância em que a díade esvazia os limites que a diferença sorológica poderia instituir, ao afirmar que: “Ele passa pra mim que nós dois somos iguais. Não tem diferença entre eu e ele pelo fato de eu ter e ele não ter” (MULHER HIV+, CASAL VI).

Assim, por investir na relação, o homem HIV- afirma que se sente na obrigação de acompanhá-la nas consultas e que: “também eu não deixo ela levar muito sereno para não adoecer, não gripar, eu cuido muito dela”. Como afirma ama-la muito, planeja ter um filho com ela e continuar sua vida conjugal, portanto, o cuidado seria o modo de garantir o futuro da relação. Por isso, pretende “Só cuidar, zelar e ama-la, ama-la demais”. Neste ponto, bem como explica Alexandre Costa (2009), o modo de comprometer-se com alguém muitas vezes implica em empenhar toda a vida no relacionamento com o parceiro e no projeto de vida com este.

Se a vida é projeto e responsabilidade por esse projeto, é frequente e bastante corriqueiro que atrelemos esse projeto a um outro, a um ente amado. Adquiri-se diante deste uma responsabilidade que assume o caráter da preocupação, do cuidar do outro. Mas, no fundo, trata-se de uma construção e decisão nossas e, portanto, de um cuidar de nós mesmo.

(COSTA, 2009, p. 47)

Nesse sentido, de modo relacional, ao cuidar do parceiro o indivíduo estaria preservando seu projeto de vida, suas projeções de futuro, enfim, estaria cuidando de si mesmo e do seu *modus vivendi*.

É na medida em que a solidariedade conjugal torna-se um fio que tece e entrelaça as diversas práticas, os projetos de vida, os afetos e as percepções sobre masculinidade e feminilidade, que a mulher HIV+ do casal XV explica no relato abaixo que o marido lhe ajuda tanto, faz tantas tarefas domésticas, que parece até uma “mulher”:

Como é que é o cotidiano de vocês em casa?

Eu divido, assim, as obrigações com ele...

Ah, ele me ajuda. Ele faz de tudo. Ele parece uma mulher, ele nem reclama. Olhe, ele varre casa, ele passa pano, lava, cozinha, cozinha até melhor do que eu, toma conta das crianças, de tudo, de tudo, de tudo ele faz dentro de casa, quando não está trabalhando.

Eu sou desligada, passo da hora de tomar (risos), é de 09:00h eu tomo 09:30h, 10:00h. Ele: “Vai tomar teu remédio”, eu digo “espera aí”, com uma preguiça de me levantar do sofá, aí ele vai lá e pega o remédio e traz pra mim.

(MULHER HIV+, CASAL XV)

Rapaz, praticamente em casa eu faço de tudo. Eu faço almoço, varro casa, lavo louça, faço de tudo.

Qual é a tua perspectiva a partir de agora?

Ter uma vida normal. Com minha esposa e meus dois filhos em casa. Me dedicar a eles!

(HOMEM HIV-, CASAL XV)

Recorrendo aos marcadores de gênero que iluminam o modo hegemônico de ser “homem” e de ser “mulher” no seu grupo social, a esposa compara o marido a uma mulher em termos de habilidades para os afazeres domésticos. Muito embora assuma o papel que é entendido por ela como feminino, o homem HIV+ não teve a sua posição de “macho” ameaçada no relacionamento, visto que, a ajuda foi percebida como um elemento enaltecendor da sua condição de marido. Modificando o cenário exposto pela literatura sobre as relações de gênero na conjugalidade de grupos populares, na qual “a divisão do trabalho entre os gêneros, que é, a um só tempo, moral e material” (HEILBORN & GOUVEIA, 1999, p. 178) atribui que a casa e os filhos seriam do universo feminino, e o homem seria responsável por prover o lar (SALEM, 1996; SARTI, 1996; HEILBORN & GOUVEIA, 1999), alguns casais sorodiscordantes que administram a convivência com o HIV/Aids através da solidariedade

conjugal reconfiguraram os papéis de gênero em prol da manutenção da saúde da parceira HIV+, do bem-estar do casal e dos filhos.

Assim, a situação de sorodiscordância é vivenciada por alguns pares como uma reordenação das relações de gênero, o que por sua vez se mostrou definidor tanto para a reorganização das dinâmicas conjugais quanto para a maior atenção com a saúde do parceiro HIV+.

Diferentemente do “cuidado de si” proposto por Foucault (1985), o qual se revela como uma auto-regulação alicerçada na capacidade do sujeito se gerir, o cuidado vivenciado na solidariedade conjugal – desses casais sorodiscordantes elencados acima – nos indica que a diferença sorológica exige um repensar das práticas conjugais, das relações de gênero e da cotidianidade, haja vista que, para que o parceiro(a) soropositivo permaneça saudável – e, consequentemente, o casal mantenha o seu estilo de vida – o cuidado não depende apenas de uma atitude individual, mas de um empenho do par. Como nos lembra Ceccim & Palombini, 2009, p.22), “para cuidar é preciso exposição ao outro. Aceitação do outro como ele é, mas também do que nele pede passagem e oferece acolhimento”.

Desse modo, longe de ser uma atitude altruísta, de ser uma abnegação de si, a ajuda, o “investimento” (MOORE, 2008), o cuidado com o parceiro(a) HIV+ revela-se como uma forma de manutenção tanto do projeto conjugal (para alguns, familiar) quanto da obrigação moral com o compromisso.

Por fim, especula-se que o segredo sobre a soropositividade de um dos cônjuges, o distanciamento em relação às redes de apoio que a situação de sorodiscordância possa provocar, tenha contribuído a um só tempo para a exacerbação da solidariedade conjugal e para a assunção do homem nas tarefas domésticas. Ainda que de distintas maneiras, seja através de uma diferença hierarquizante entre os pares (como discutido anteriormente), seja como uma diferença solidária, a situação de sorodiscordância tenha trazido implicações para as relações de gênero, para alguns casais que resolveram manter o “esquecimento” da doença não foram encontradas alterações. De certo, os gerenciamentos da diferença sorológica e os significados atribuídos à convivência com o HIV/AIDS revelam-se difusos e múltiplos, e é nesse sentido que passaremos a discutir as vicissitudes destes para as percepções de risco entre os parceiros.

3.3 Situações de risco: a (dia)lógica conjugal⁴⁴

Em termos conceituais, enquanto um empreendimento científico, a percepção de risco surge nas ciências biomédicas na esteira da problematização do “adoecimento de coletividades” (AYRES e et. al., 2009); o que posteriormente foi tomado pela epidemiologia com suas tentativas de intervenção e controle deste através do reconhecimento de unidades de análises, isto é, a possibilidade de mensurar as chances de cada indivíduo ser atingido por este adoecimento.

A assertiva de Ulrich Beck (2010) de que vivemos em uma “sociedade de risco” supõe que a previsibilidade de situações ameaçadoras representa um parâmetro fundamental para o posicionamento individual diante da vida. Assim, construindo um “mito da racionalidade”, Ulrich Beck (2010) discute as possibilidades de evitar o risco a partir da reflexividade, da racionalidade de escolhas seguras.

Na medida em que a ideia de risco se conjuga com a contemporânea valorização da autonomia individual, passa-se a depositar na liberdade do sujeito a escolha de que riscos pretende ou não correr (AMORIM & SZAPIRO, 2008).

Nesse sentido, no que se refere à epidemia da Aids, tudo indica que é com base nesta racionalidade e nesta percepção de individualidade que a vigilância dos comportamentos é tomada como modo de prevenção contra o risco de contaminação do HIV. Entretanto, muito embora a racionalidade médico-científica seja marcada pelo discurso preventivista, as dinâmicas conjugais sorodiscordantes investigadas não se revelaram, como um todo, necessariamente presididas por esta lógica securitária.

A prevenção é uma tarefa bastante complexa, pois exige que um indivíduo modifique um hábito ou uma prática atual, por hipótese prazerosa e confortável, em função da possibilidade de que num futuro não definido tal hábito ou prática possa vir a lhe causar problemas. Assim, para que uma pessoa possa se prevenir de algo, é necessário que a pessoa tenha a capacidade cognitiva para pensar o futuro e fazer projetos, acredite que tem um futuro assegurado no qual vale à pena investir (VILLELA, 1999, p. 206).

⁴⁴ Seria pertinente ressaltar que devido ao fato dos três casais, em que o homem é HIV+, estarem em longos períodos de abstinência sexual a discussão que segue sobre o risco é marcada pela maior expressividade das relações em que a mulher é a parceira HIV+ da relação. Dito de outra forma, a discussão é delimitada pelo recorte de gênero.

O discurso preventivo pressupõe uma visão instrumental do risco regulada pela adequação por cada indivíduo entre meios e fins, contudo, o que se pôde perceber é que a vida conjugal é construída a base de trocas intersubjetivas e de práticas sexuais que não dizem essencialmente respeito à lógica do sexo dito seguro; isto, a prática sexual com o uso de um método de barreira, de prevenção contra as doenças sexualmente transmissíveis.

Segundo Gagnon (2006), a questão não é que a ação individual não seja importante, mas que o problema do risco implica em considerar o universo social e cultural que impõe configurações sexuais e os modos de se expor aos riscos que podem limitar as chances de escolha dos sujeitos. Nesse ponto, criticando a centralização no enfoque psicológico, o autor nos adverte que quando se trata de pessoas estigmatizadas é lugar comum apontar as questões de assunção de risco como decorrentes do fracasso do autocontrole individual. Parafraseando Gagnon (2006, p. 307),

[...] quando as palavras sexo e risco são usadas em conjunto, como na expressão “sexo de risco”, elas evocam [...] visões confusas de indivíduos imprudentes, empenhados em práticas sexuais que expõem a si mesmos e outras pessoas ao risco.

A suscetibilidade do parceiro(a) HIV- à infecção está envolta nas especificidades da vida conjugal juntamente com aspectos sociais e simbólicos que nomeiam a percepção de risco de cada par. De acordo com Luhmann (2006, p.77), “toda avaliação do risco é e se mantém como algo sujeito ao contexto”. Desse modo, o que o material empírico nos indica é que para investigar os casais sorodiscordantes deve-se ampliar o escopo da noção de risco, tendo em vista que as dinâmicas conjugais podem englobar (PERRUSI; FRANCH, et.al, 2010) a suscetibilidade da diferença sorológica, bem como, talvez a prevenção seja situacional. É neste sentido que a mulher HIV+ do casal IX explica que a prevenção não permeia todas as práticas sexuais, “tem aquelas horas que tem que ser uma rapidinha, que nem diz a história. Por isso, depende do momento”.

Se por um lado, a prevenção pode ser situacional, por outro, a gestão de risco para alguns parceiros foi tão fortemente associada ao uso do preservativo que a prevenção passa a ser sine quo nom para as relações sexuais, nas palavras do homem HIV- do casal III “isso pra mim é como se eu for sair pra um canto sem uma camisa, uma sandália ou sem cueca, é a mesma coisa”. Desse modo, o preservativo foi adaptado ao “roteiro sexual” (GAGNON, 2006) do par tornando-se inerente a este.

Isto posto, é por este motivo que discutiremos a gestão do risco dos pares sorodiscordantes a partir das suas nuances, a saber, estas vão desde a significação da diferença sorológica como uma situação de risco que requer mudança dos comportamentos ditos arriscados à banalização da probabilidade do parceiro HIV- ser infectado.

Aliás, ainda que tenha sido cara aos parceiros a adesão de medidas preventivas, para os casais que perceberam a diferença sorológica como uma situação na qual o risco deve ser gerido com atenção, a prevenção assume um importante papel na relação. Aqui, a conjugalidade se tornou um fator de risco *per se* (PERRUSI; FRANCH, et.al, 2010). Nas palavras do homem HIV- do casal IV “Uma coisa é você não saber que você está num grupo de risco, outra coisa é você saber que está num grupo de risco e enfrentar, aí é diferente”. Evidenciando a vulnerabilidade que a nova situação o colocou, o sujeito entrevistado passou a se perceber como parte de um “grupo de risco”, o parceiro HIV- relata que a situação de sorodiscordância “*mexe com o psicológico*”, o impelindo a usar constantemente o preservativo.

A situação se mostrou mais tensa para os casais na fase de “*liminaridade*”, pois logo após a descoberta da soropositividade do(a) parceiro(a) a consciência do risco juntamente com a falta de experiência na convivência com o HIV/Aids fez com que para alguns casais a prática sexual se tornasse uma relação temida. O que pode ser verificado no depoimento do homem HIV- do casal IX que passou a permear o exercício da sexualidade (mesmo com preservativo) pelo medo, o que conseqüentemente o fez perder o desejo: “Eu tive medo. Até chegou época assim de eu fazer forçado”.

De fato, além do medo citado, outros relatos apontam as implicações do uso do preservativo para as formas de prazer e os desejos devido às mudanças nos tipos de carícias e os interditos que o risco de contaminação deflagra; o que talvez leve o exercício da sexualidade a limitar-se ao puro ato sexual!

Depois que eu confirmei para ele tudinho, a gente foi se encontrando até a primeira vez e a gente nunca... Desde a primeira vez até hoje. Foi difícil para ele porque eu já era mais acostumada. Mas pra ele foi difícil porque ele nunca tinha usado.

Tem horas que a gente está com aquela vontade, aquele desejo; fica esquentando... Eu acho que mesmo sem o desejo, tinha uma lubrificação melhor, ‘chegava’ mais rápido. Mesmo sem ter vontade, mas chegava e com a camisinha, ela esquenta, maltrata bastante.

(MULHER HIV +, CASAL III)

Porque a camisinha é um plástico. Você bota aquele plástico ali e... Dizem que não tira... Dizem que não tira, que a liberdade de prazer é o mesmo. Mas assim, eu acredito que não. Dá prazer dá, agora, não tanto quanto sem a camisinha.

(HOMEM HIV- CASAL IX)

Assim, em alguns casos, como explicam os relatos acima, é só a partir da situação de sorodiscordância que a camisinha passa a fazer parte das práticas sexuais do par, e por isso, a novidade vem carregada de uma série de elementos simbólicos nomeando o preservativo. Desse modo, ainda que o preservativo seja incorporado, o significado que ele pode assumir no relacionamento torna-se problemático para o casal, bem como relata o homem HIV+ do casal XXII, o preservativo simboliza o risco em que ele se transformou com a soropositividade, “é exemplo que a gente pode passar pra outras pessoas”, além de pôr em xeque os componentes que envolviam as relações sexuais, os contatos entre os corpos e as trocas de fluídos, já que o método preventivo para o entrevistado “não é natural. Acho que não satisfaz!”.

Convém assinalar que o homem HIV+ do casal XXII atribui a falta de naturalidade à privação da intimidade que o preservativo impõe ao casal. A artificialidade do método preventivo revela-se na interferência de um plástico no meio da relação sexual (SILVA & IRIART, 2010), com isso, ocorre a insatisfação, pois, a barreira plástica que a prevenção instaura entre os cônjuges passa a ser significada como sinal de uma relação sexual incompleta.

Nesse sentido, do mesmo modo que o homem HIV+ do casal XXII atribuiu ao preservativo um sentido simbólico, indo além da sua constituição plástica, a mulher HIV+ do casal IV significou o preservativo como um sinal negativo da nova situação conjugal, sobretudo, da sua condição de ameaça ao parceiro.

Então foi você que introduziu (camisinha). E mesmo assim fica um pouco triste...

Eu fico, porque aí é um sinalzinho que eu tenho e atrapalha, viu? Atrapalha muito, porque, se você é casada, tem seu esposo, você só tem, mantém relações com seu esposo e seu esposo só com você, isso vai atrapalhar. Porque aquilo ali é um sinalzinho que tem um problema e que você tem que usar aquilo. Porque é pra aquele problema não passar pro outro. Então todas às vezes... Às vezes a gente quer esquecer e tal, mas não tem como... Não tem como. Não tem como de jeito nenhum.

(MULHER HIV +, CASAL IV)

O depoimento da mulher HIV+ do casal IV nos adverte que longe de ser apenas um método preventivo, o uso do preservativo é significado como um elemento diferenciador do par, “um sinalzinho” da discordância sorológica no ato sexual; isto é, a lembrança de uma diferença hierarquizante. De tal modo, revestido de valores e de sentimentos compartilhados pelo par, o preservativo assume antes uma acepção simbólica, do que a face instrumentalizada e tecnicista defendida pelas políticas de saúde. Por isso, Barbosa (1999, p.80) nos lembra que os sujeitos sociais estão “inseridos em redes de significados e valores que modelam comportamentos, desejos e fantasias passíveis de redefinição e ressignificação”; logo, as estratégias de prevenção ao HIV/Aids do parceiro HIV- não podem ser compreendidas como técnicas realizadas por indivíduos atomizados.

Em alguns casos, notoriamente a diferença que a situação de sorodiscordância atribuída aos parceiros ocasionava um distanciamento entre o casal, como se de tal modo quebrassem o companheirismo. Decerto, é a partir deste cenário que, por vezes, as conotações simbólicas ressignificam o uso do preservativo conferindo o papel de barreira para a cumplicidade do par, como pode ser percebido nos depoimentos abaixo:

A gente usou depois que descobriu. Às vezes é muito difícil, porque eu me sinto mal dela ter e eu não ter, claro que eu dou graças a Deus por isso, mas eu me sinto muito mal. Porque ela se sente muito só, você sabe que quando a gente gosta é uma coisa muito interessante, uma vez eu disse: “oh, não fique triste não, porque se você quiser, eu não uso mais e pronto”. Só que não ia adiantar, ia ser pior como o próprio médico disse, que se eu tivesse e ela tivesse o vírus, a gente não poderia ter relação sem camisinha, porque o vírus dela poderia ser agressivo e o meu não está agressivo e eu ia receber e deixar o vírus mais forte, o que seria pior. Eu antes não entendia isso, hoje eu entendo porque eu recebi informações aqui.

(HOMEM HIV-, CASAL IX)

Ela disse que íamos fazer com camisinha, e eu falei que era sem camisinha, estava junto pro que der e vier.

(HOMEM HIV-, CASAL XIX)

Em verdade, como explica Ayres (2008), as políticas de saúde brasileiras têm sido fundamentadas em um tipo de “preventivismo” correlacionado à lógica de segurança, isto é, ao securitarismo, que desconsideram a experiência pessoal, os contextos sociais, os valores dos sujeitos assistidos, além dos significados que o uso ou o não-uso do preservativo podem assumir. Unindo segurança individual a comportamentos protegidos, o “preventivismo” e o “securitarismo” tornam-se então “a apreensão particular da lógica de risco, desdobrando-se

num modelo individualista, tecnicista e biologista do risco” (PERRUSI; FRANCH, et.al, 2010,p. 36). Ora, talvez seja por sua lógica tecnicista e descontextualizada que as medidas preventivas centradas na responsabilização individual sejam tão problemáticas para a gestão compartilhada do risco entre os sujeitos sorodiscordantes, tendo em vista que, inevitavelmente, a prevenção envolve os dois parceiros (GOGNA & RAMOS, 1999).

Por sua vez, ainda que para alguns pares a percepção de risco venha acompanhada de medidas preventivas, isto não significa dizer que todos os casais que percebem o risco como uma ameaça imediata usem o preservativo em todas as relações sexuais, pois, como já foi posto, dependendo do momento, outros elementos podem se sobrepor ao risco. Dito de outra maneira, a consciência do risco não implica fundamentalmente a sua gestão. Como no caso do homem HIV- do casal XI que, mesmo como muito medo e significando a situação de sorodiscordância como uma relação de alto risco, não consegue usar o preservativo, já que, como ele diz: “eu sinto muita dificuldade, porque eu acho grande demais para mim, está entendendo? Eu coloco aí estamos lá e de repente sai”.

Na medida em que o sujeito entrevistado relata que a sua parceira “*representa tudo no mundo*”, e já que não achou uma alternativa de prevenção, o homem HIV- assumiu o risco em prol da história do casal. Isso significa dizer que as pessoas podem envolver-se conscientemente, mais que isso, voluntariamente em situações de risco dependendo do grau de “investimento” (MOORE, 2000) no relacionamento.

Desse modo, uma vez que a parceira do entrevistado HIV- do casal XI não tem conhecimento sobre o motivo pelo qual o marido não usa o preservativo – mesmo com medo de ser infectado –, tudo indica que o silêncio pode produzir situações de “duplo vínculo” (BATESON, 1998), como discutimos anteriormente, e consequentemente impedir ou dificultar a negociação sexual. Ao provocar discontinuidades, ou mensagens conflitantes, a situação de “duplo vínculo” pode causar dissensões na interpretação dos posicionamentos dos indivíduos, atrapalhando a comunicação e a capacidade dos parceiros em gerir preventivamente o risco. Como pode ser percebido no depoimento abaixo da parceira HIV+ do casal XI:

Vocês usam camisinha?

Não, num tem jeito dele usar.

Vocês já conversaram sobre isso?

Já conversei com ele, a assistente social mandou chama ele, já conversou com ele. Tem que usar porque ele pode não ter, mas eu tenho e a qualquer

momento eu posso passar pra ele, mas ele diz que num pega, ele diz que num passa, então não tem jeito.

(MULHER HIV+, CASAL XI)

Ao lado disso, verificou-se que a negociação sexual não perpassa predominantemente a conversa sobre a gestão do risco e o uso do preservativo. Comumente o conceito de negociação sexual é entendido como uma barganha visando o acordo em relação ao uso de métodos preventivos; negociação esta que em certa medida se efetivaria no diálogo entre as partes. Para muitos parceiros, o diálogo sobre o sexo e sobre os modos de proteção não faz parte de suas dinâmicas conjugais e do próprio exercício da sexualidade, e por isso, entendemos tal qual Regina Barbosa (1999) que restringir a realização da negociação sexual à comunicação verbal implica em desconsiderar os jogos sexuais, amorosos e performáticos que também nominam o enfrentamento do risco dos casais sorodiscordantes para o HIV/Aids.

A *performance* sexual, por vezes, fala por si e o gerenciamento da suscetibilidade ao HIV ocorre no próprio ato sexual. Negando-se a ter determinados tipos de relações sexuais, entendidas como de maior risco, ou estabelecendo limites sobre os toques e os contatos corporais, os parceiros barganham e modelam a prevenção ao HIV/Aids. De acordo com Olavarria (1999, p. 171) existem múltiplos meios pelos quais a negociação sexual se realiza, “cada um teria a sua forma, com carícias, sorrisos, ofensas, sinais, gestos, palavras, gritos, ameaças ou golpes”.

Nesse mesmo sentido, o depoimento abaixo da entrevistada HIV- do casal XXII revela como a negociação pode ocorrer no ato sexual, de modo que, por um lado, no momento em que o desejo e o prazer falam mais alto a percepção do risco é secundarizado por ela, enquanto que o seu parceiro HIV+, sentindo-se responsável pela sua contaminação, nega-se a ter relações sem o preservativo:

Alguma vez vocês já deixaram de usar o preservativo depois que descobriram o vírus?

Não, jamais. E mesmo se eu quisesse. Eu já tentei uma vez, "eu não quero, eu quero sem camisinha". Ele disse "você está doida". "eu quero assim", o puxei, ele puxava pra cima eu puxava pra baixo, "eu quero sem camisinha agora", e ele "não você está doida". E ele brigando pra não colocar sem preservativo, "mas eu quero sem preservativo, não quero nem saber".

(MULHER HIV-, CASAL XXII)

Deste modo, seguindo a percepção de Barbosa (1999), o que é negociado, e em que termos ocorre esta relação, só pode ser compreendido de maneira relacional e situacional. Em outras palavras, a negociação é construída com base em arranjos sobre o momento vivido, sobre a sexualidade, o gênero, a idade e o grupo social, e estes só ganham sentidos quando vistos à luz das relações diádicas, dos valores atribuídos ao risco e das trajetórias conjugais que geram situações sorodiscordantes específicas. Assim, pode-se verificar a dimensão situacional da negociação quando o homem HIV- do casal XX afirma que embora o uso do preservativo faça parte do roteiro sexual (GAGNON, 2006), por vezes, a díade é envolvida pelo desejo, e por isso, no momento da relação sexual decidem não se proteger, e esta não deixa de ser uma negociação: “tem gente que tem o tal do meia-nove, e se fizer...(silêncio) isso aí é errado, mas a gente já fez já, a gente tem que ser feliz”.

Ao afirmar que é “errado” o tipo de prática realizada pelo casal, o entrevistado demonstra a incorporação dos discursos normatizadores dos comportamentos sexuais ditos adequados para o enfrentamento da transmissão, entretanto, se as práticas a serem adotadas rotineiramente exigem que se abdique de práticas antes prazerosas, o casal decide por, ao menos momentaneamente, correr o risco, e como ele relata, “ser feliz”.

Muito embora decidam correr o risco em determinadas situações, os parceiros do casal I, do mesmo modo que o casal XX, têm ciência das possíveis consequências dos seus atos, como relata o homem HIV- do casal I: “É como lidar com um ninho de cobra uma hora os caçadores vão ser picados. Eles acham que não vão ser porque estão acostumados, são habilidosos, têm equipamentos, mas uma hora ou outra o cara está sem equipamento e ela ataca”.

Assim, ao mesmo tempo em que existe um forte discurso preventivo centralizado no uso do preservativo, para alguns casais, a negociação do risco ocorre nos jogos sexuais e perpassa as escolhas sobre as práticas consideradas de menor de risco e até períodos sem o uso do preservativo. [...] passei a ter muito cuidado agora. A carga viral não está tão bem como antes eu tinha. Então, a gente tem muito cuidado (MULHER HIV +, CASAL II). Se apropriando das informações dadas no serviço de saúde sobre a importância da carga viral para o risco de transmissão, o casal III fez por conta própria uma escala de risco através do acompanhamento das taxas virais, assim, eles passaram a não usar o preservativo nos períodos em que a parceira HIV+ estava com imunidade alta, e retomavam o uso quando as taxas caíam. Desse modo, a luz de suas experiências, criando um modelo de prevenção mais

flexível, e resistindo à imposição de limites e normatização da sua vida sexual (RAXACH, 2011), alguns parceiros gerem o risco através de estratégias particulares que coadunam informações advindas do serviço com suas preferências sexuais.

Ainda que não inclua a carga viral no seu guia de redução de danos, ao discutir o modelo hierárquico de prevenção ao HIV/Aids – centrado em práticas sexuais de maior e menor risco – Juan Raxach (2011) alerta que apesar não de ser um substituto do preservativo, a “escala de risco” se apresenta como um complemento das medidas preventivas que pode ampliar as escolhas individuais e coletivas.

Na medida em que os casais criam modelos particulares de gestão do risco, o enfrentamento do vírus pode seguir para formas mais maleáveis de negociação sexual, ou contrariamente, para modelações mais rígidas das práticas sexuais. No relato abaixo, a mulher soropositiva se sente responsável pelo risco de contaminação do parceiro, e por isso afirma que jamais permitiria determinadas práticas sexuais consideradas mais arriscadas, mesmo com preservativo:

E em relação às práticas sexuais, você disse que deixou de fazer alguns, por causa do quê?

Do cuidado. O oral, às vezes, eu posso ter uma inflamação no dente e não sentir, às vezes a gente sente um gosto de sangue na boca, pode ser um dente inflamado, mas a gente não sabe que não está vendo por fora. Então, já por causa disso aí.

Eu jamais ia permitir porque o líquido com certeza ia contaminar, não adianta usar camisinha se o meu líquido ia contaminar. O anal também poderia forçar mesmo com a camisinha, poderia estourar é uma coisa que tem mais dificuldade e é por esses cuidados mesmo que a gente nunca se permitiu.

(MULHER HIV +, CASAL III)

Em um primeiro momento, tínhamos posto como hipótese a possibilidade de *empowerment*⁴⁵, isto é, de empoderamento feminino⁴⁶ devido o maior conhecimento do seu corpo e de sua sexualidade com as informações colhidas no serviço de saúde após a descoberta da sua soropositividade, entretanto, ainda que o conhecimento tenha provocado mudanças nas práticas sexuais e nas posturas de algumas mulheres nas negociações sexuais,

⁴⁵ De acordo com Ayres (1999,pg.54), *empowerment* é um “ termo para o qual não temos tradução adequada, mas se aproxima de algo como empoderamento (...) A discussão do *empowerment* enfatiza que a mudança de comportamento não é resultante necessária do somatório da informação mais a vontade, mas passa por coerções e recursos de natureza cultural, econômica, política, jurídica e até policial, desigualmente distribuídos, entre os gêneros, países, segmentos sociais, grupos étnicos, faixas etárias”.

⁴⁶ Decidimos investigar a possibilidade de empoderamento feminino devido à maior presença de mulheres HIV+ no grupo estudado, assim, o reduzido número de homens HIV+ e a situação de abstinência sexual desses não nos possibilitariam a investigação do aumento de poder masculino.

não se pode afirmar que houve uma situação de empoderamento feminino. De acordo com Carvalho & Gastaldo (2008, p. 2031) o *empowerment* teria sido resultado da luta feminista pela igualdade de gênero, com isso, o empoderamento social “[...] não significa a negação dos elementos que compõem o empoderamento psicológico, uma vez que reconhece a importância do agenciamento humano e, indo além, procura destacar a importância de buscarmos enfrentar as raízes e causas da iniquidade social”.

Tendo em vista que, na acepção do termo o *empowerment* é dotado de uma conotação política que implicaria a apropriação de poder por parte das mulheres em todos os âmbitos do relacionamento e na sua vida social, não se pode enfatizar que o posicionamento no campo sexual seja potencialmente poderoso a ponto de reconfigurar toda experiência conjugal de gênero dos sujeitos investigados. Assim, para não incorremos no engano de confundir as decisões sexuais de algumas mulheres soropositivas com o sentido politizado de *empowerment*, já que este se baseia na luta pela libertação da opressão feminina contra a dominação masculina, preferimos abandonar o termo.

O maior conhecimento das mulheres HIV+ sobre a convivência com o vírus não significou fundamentalmente uma maior capacidade de influenciar a decisão do parceiro, mas sim, alterou a postura destas diante de práticas percebidas como mais arriscadas, ou seja, algumas mulheres passaram a se negar a ter determinados tipos de relações sexuais; o que não deixa de ser uma forma de impor sua vontade ao cônjuge! Nas palavras da mulher HIV + do casal IX: “Já sei dos riscos que corro, que ele corre, e como eu devo prevenir tudo isso”. O risco ao qual a mulher se refere assume dois sentidos, por um lado, o risco que a soroconversão do parceiro potencialize o seu vírus, ou que ela venha a ter alguma infecção em casos de relações sem preservativos; de outro, o risco de ser responsabilizada pela contaminação do parceiro.

Ainda que a responsabilização pela contaminação do parceiro HIV- seja entendida como inerente ao casal, não raros foram os casos em que o sujeito soropositivo toma para si a obrigação, e por isso, por vezes, a recusa em ter relações sem preservativo é certa: Porque assim, muitas vezes ele pergunta assim: “vamos fazer sem camisinha?” eu digo “não” (MULHER HIV+, CASAL IV).

De fato, o HIV/Aids acentua o sexo como um lugar de barganhas de poder, não obstante, a negação de algumas mulheres em ter relações sexuais sem o preservativo ganha forma em decorrência da responsabilização pela saúde do parceiro, o que acaba por se

legitimar na díade como símbolo de cuidado, e não como poder. Como relata a entrevista HIV+ do casal IV sobre o uso do preservativo, “Eu tenho mais medo do que ele. Aí eu não quero [...] assim, eu não quero que ele se prejudique”.

Seria pertinente enfatizar que nem o preservativo feminino foi aceito pelas mulheres investigadas – o que talvez possibilitasse uma maior apropriação do poder na gestão do risco – e nem todas elas tinham o interesse em negociar o uso da camisinha masculina. De acordo com os relatos das entrevistadas, anatomicamente o preservativo feminino trazia desconforto, além ter como agravante o medo de usá-lo, pois como afirma a Mulher HIV- do casal XII: “eu sempre acho que pode ‘engalhar’ lá por dentro”.

Diferentemente do que as políticas de saúde e uma massiva literatura sobre o HIV/Aids supõem, verificamos, tal qual Barbosa (1999), que algumas parceiras HIV+ não desejam fazer o uso do preservativo, com isso, tudo indica que os longos períodos sem ter relações sexuais possam ser utilizados como um modo de negociação do não-uso, justificando a dificuldade de incorporação do método de proteção, visando o descarte do preservativo.

Como relata o entrevistado HIV – do casal III sobre a diminuição do ritmo de relações sexuais, “Vamos dizer que ela não se acostumou ainda. Ela se sente incomodada por isso”; por outro lado, ela afirma que “estava tudo normal, mas eu não sinto mais aquele desejo. Não sei se é por que... Não sei se é devido à camisinha”; porém, para negociar com a parceira o uso, o marido alega que ela não tem o direito de reclamar devido à condição de pessoa HIV+, logo, ele faz uso do seu lugar na hierarquia do status sorológico sorodiscordante para impor o poder de decisão.

A mulher HIV+ do casal XVII do mesmo modo relatou que não gosta do uso do preservativo e que por isso, “de vez em quando há uma escapulida”. Então, é em decorrência destas “escapulidas” que o casal, que se formou após o diagnóstico, tem três filhos. Em contrapartida, mesmo reconhecendo o risco, o marido faz uma correlação direta entre o uso de métodos preventivos e as relações extraconjugais, por isso, o casal enfrenta dificuldades para se prevenir, já que como ele afirma, a camisinha é “para aquele cara que namora fora, não com a de casa”. Como explica Silva & Camargo Jr. (2009, p.03), “a condição de casal pressupõe uma certa negligência quanto ao uso sistemático do preservativo, culturalmente relacionado com relações extraconjugais”.

Deste modo, além destas questões referentes às negociações do risco de transmissão do HIV para o parceiro HIV -, a situação de sorodiscordância constitui-se, segundo Silva &

Couto (2009), em uma situação de “duplo risco”. De um lado, o risco já referido de contaminação do soronegativo da relação, de outro, a possibilidade de transmissão vertical aos filhos gerados pelo casal. Na medida em que os serviços de saúde não oferecem uma opção menos arriscada para as decisões reprodutivas, os casais optam por assumir o risco investindo no projeto de ter o filho.

E vocês mesmo depois de saber que ele não tinha pegado vocês decidiram ter outro filho?

Foi. A gente deixou de usar a camisinha pra ter o segundo filho.

Mesmo sabendo que ele podia se contaminar?

Sim. Mesmo sabendo que ele podia se contaminar.

(MULHER HIV +, CASAL II)

Nós decidimos quando a maior já tinha seis anos. Foi aí que tivemos outra criança

Mesmo com o risco?

Sim

(HOMEM HIV-, CASAL II)

Ora, o que o depoimento selecionado endossa é que assim como Silva & Couto (2009) verificaram em sua pesquisa sobre a casais sorodiscordantes para o HIV/Aids, embora o risco seja considerado por estes casais, ele “não condiciona suas decisões reprodutivas”. Os valores referentes à paternidade e à maternidade para a consolidação do laço conjugal, e de um possível projeto de família, ganham precedência diante das consequências e das probabilidades de infecção do bebê e do parceiro.

Rapaz... A gente planejou muito para ter um filho.

Mas como é que vocês fizeram? Foram ao médico para saber dos riscos?

Conta um pouco detalhadamente como é que foi essa coisa da gravidez?

Rapaz, foi normal, eu não vou mentir. Eu vou falar a verdade, foi normal.

Não usei preservativo nenhum.

Vocês conversaram antecipadamente com o médico?

Não.

Eu já sabia de todo risco já.

(HOMEM HIV-, CASAL XV)

Ainda que o casal XV frequente o serviço e tenha afirmado na entrevista que tem uma boa relação com a equipe de saúde, o seu planejamento familiar, as suas decisões reprodutivas e conjugais não são elaboradas conjuntamente com os profissionais. Acredita-se que o receio de uma resposta negativa por parte do médico em relação ao desejo de ter filho acabe por impedir que o casal recorra ao serviço. Logo, uma vez que a decisão reprodutiva aparece

como contrária à normativa, que institui o uso do preservativo, talvez por isso não tenha surgido nas entrevistas relatos sobre a abordagem espontânea dos profissionais do SAE e do Hospital Clementino sobre o assunto nas consultas.

De acordo com a pesquisa realizada por Rossi (2010) em São Paulo, existe de fato uma dificuldade dos profissionais de saúde em realizar uma “escuta sensível” em relação ao desejo dos casais sorodiscordantes em ter filhos. O resultado desta dificuldade apresenta-se através do paradoxo entre as suas falas em defesa do discurso dos direitos reprodutivos das pessoas que convivem com o HIV/Aids, e suas práticas, com orientações contrárias à gravidez.

No relato da mulher HIV+ do casal VI, ela revela que após uma conversa com seu médico ele não recomendou a gravidez naquele momento. A baixa da carga viral seria o motivo para a espera. Assim, quiçá a espera seja uma estratégia utilizada pelo médico para a redução de danos, ou, uma maneira de ganhar tempo e evitar que a gravidez ocorra – como aparece implícito nas falas das mulheres entrevistadas por Rossi (2010). De todo modo, o que foi constatado é que embora o médico tenha afirmado que era preciso aguardar, o casal tem um prazo máximo para a espera, que seria o ano seguinte. Isso significa dizer que independente da recomendação, a díade tem um projeto de vida que prevalece diante a indicação médica.

Você tem vontade de ter filho?

Tenho.

Como você acha que vai ser esse momento? Você já foi orientada quanto a isso?

Eu já conversei com o médico e ele não recomenda ainda, mas estou tentando baixar a taxa de vírus.

O que o parceiro acha sobre isso?

Ele quer também.

A gente quer pro ano que vem.

(MULHER HIV +, CASAL VI)

Muito embora nem todos os casais tenham expressado o desejo de ter filhos, haja vista que o medo da transmissão viral cercearia a intenção de alguns deles, a trajetória do casal sem filhos – como o a díade VI – mostrou-se um fator determinante para a realização do projeto de concepção de um bebê. Nesse sentido, bem como relata o parceiro HIV- do casal I, “Dentro de um casamento sempre há de querer um filho com o outro”.

Ora, tudo indica que a afirmação do entrevistado I diz respeito à confirmação do compromisso do casal e de uma ligação mais íntima a partir da geração de um filho. Desse

modo, o relato endossa a tese de Marilyn Strathern (1995) na qual a concepção constrói parentalidade e laços conjugais. Nas palavras da autora, “a relação do ato sexual com a concepção não é, portanto, simplesmente uma relação técnica. Serve para reproduzir a parentalidade como resultado percebido de uma união em que as partes se distinguem pelo gênero” (STRATHERN, 1995, p. 307). Assim, pode-se dizer que o significado simbólico da relação sexual não esteja relacionado apenas à dinâmica interna do casal, mas sim, à geração de filhos que perpassa o reconhecimento social do grupo em relação ao ideal dominante (no Brasil) de família; a saber, famílias parentais baseadas na afetividade sendo os filhos “naturalmente” frutos do amor conjugal.

Tendo em vista que a adoção de crianças ou o acesso a técnicas de fertilização não fazem parte do universo dos sujeitos pesquisados, pode ser mais arriscado para a díade – do ponto de vista do seu contexto social – a ausência do valor do filho biológico para a concretização da família (SILVA & COUTO, 2009), do que o risco epidemiológico de uma doença que seria mantida em segredo.

De todo modo, o nascimento do filho igualmente pode significar o resgate da feminilidade e da masculinidade (tanto no interior do relacionamento quanto na rede) que talvez tenham sido ameaçadas devido à soropositividade. No relato da mulher HIV- do casal XXII sobre os planos de constituir uma família, a geração de um filho reconfiguraria o status do seu parceiro HIV+ na vida conjugal: “eu sonho em estar casada, em estar bem com o meu marido e ter filhos, ter segurança no meu marido”. É como se um filho ressignificasse a masculinidade do parceiro, uma vez que a hierarquia ocasionada pela discordância sorológica havia desqualificado o status do homem HIV+ no relacionamento a tal ponto de a mulher não o perceber mais como um homem capaz de constituir uma família – como foi discutido anteriormente nas questões sobre as diferenças e as hierarquias.

Com efeito, como sugere Daniela Knauth (1999), a atividade reprodutiva pode ser utilizada como uma importante estratégia de enfrentamento dos possíveis “danos sociais, culturais e psicológicos” que a convivência com o HIV/Aids pode acarretar. Conforme explica a entrevistada HIV+ do casal VII, “todo mundo quer ser mãe um dia”, por isso, a sua soropositividade estava comprometendo o modo como ela se percebia enquanto mulher.

A necessidade do casal se sentir vivo, como um homem e uma mulher com a capacidade de gerar um filho, mais ainda, de “realizar sonhos” (ROSSI, 2011) e de dar continuidade a sua vida conjugal e social, dão a dimensão do que seria conviver com o

HIV/Aids. Isto é, a situação de sorodiscordância não impede que os parceiros se constituam como sujeitos desejantes – sejam desejantes de vida, de filhos, de amor, ou de respeito aos seus direitos reprodutivos.

Nesse cenário de discussão sobre o risco entre pessoas que convivem com o HIV/Aids, comumente versa-se sobre as questões referentes às práticas sexuais e à transmissão vertical, porém, o medo, o cuidado e a gestão do risco não se restringem ao exercício da sexualidade, e sim, para alguns casais, se estendem às práticas comuns do cotidiano. Seja no cuidado com objetos cortantes, como pode ser visto no depoimento da mulher HIV + casal IX, “Eu tenho medo de tudo, assim, de passar para outra pessoa, até fazer unha com manicure”, seja indo além das vias reconhecidas de transmissão, como explica o homem HIV- do casal XIV, “ela usa a colher dela eu não uso e tem o copo dela tomar água também que ela já separa”. Aqui, o medo tornou a prevenção (e os cuidados) um ordenador de suas ações cotidianas. Desse modo, pode-se afirmar que a prevenção “virou uma necessidade absoluta, uma necessidade estranha porque o risco é probabilidade. E não se controla de forma absoluta uma probabilidade” (PERRUSI; FRANCH; et, al, 2010, p. 35).

O enfrentamento do risco de contaminação não é pautado exclusivamente pelas as informações do serviço, mas, entrecruza-se com as crenças, os medos, e até informações incompletas, ou incorretas, dos parceiros. Este tipo de gestão do risco mais regulador das atividades rotineiras foi verificado, sobretudo, nos casais que significaram a situação de sorodiscordância como uma séria ameaça – estes pares adotaram o uso contínuo do preservativo. A separação de copos, de talheres e o não-compartilhamento de alimentos é significado como uma forma dupla de cuidado: por um lado, a preocupação em não passar para o indivíduo HIV+ bactérias e infecções, de outro, para o parceiro HIV- não ser contaminado pelo vírus. Como explica o homem HIV- do casal XXI:

Quais seriam esses cuidados?

Escaldar os copos, ela tem o copo dela e eu tenho o meu.

As falas dos sujeitos entrevistados nos apresentaram os diferentes desdobramentos que o risco pode assumir na situação de sorodiscordância. Se para alguns casais, a sorodiscordância configura-se como uma ameaça cotidiana que solicitaria o cuidado com os talhares, os copos e os hábitos de higiene, para outros, a diferença sorológica pode ser significanda como mais um risco a ser gerido, ou por vezes, banalizado. A partir deste cenário,

verificou-se que alguns homens HIV- negavam-se a assumir a condição de sujeito vulnerável no relacionamento, com isso, deflagrava-se um verdadeiro afrontamento do risco permeado pela sua posição de masculinidade.

Teríamos de considerar que, apesar de serem colocados numa inegável posição de vantagem em relação às mulheres, os homens também são presas das armadilhas do gênero, e a obrigação de cumprir alguns dos estereótipos da masculinidade poderia ser tão opressivo para eles quanto o cumprimento dos estereótipos do feminino é para muitas mulheres.
(VILLELA, 1999, p. 211)

Assim como Villela (1999) nos lembra, a força das “armadilhas de gênero” pode impelir os homens a seguir, ou reproduzir, determinados estereótipos a fim de se apresentar coerentemente de acordo com as imagens demarcatórias da masculinidade. Bozon (2004), igualmente nos adverte que as diferenças de gênero modelam distintamente o exercício da sexualidade, deste modo, parece-nos que a correlação presente no imaginário social sobre a Aids entre homens vulneráveis e práticas homossexuais contribui para que os sujeitos entrevistados não aceitem serem postos nesta posição. Como pode ser verificado no depoimento abaixo:

Essa doença não pega não! Isso é tudo ilusão. Só pra quem tem pulso fraco, eu tenho pulso forte.
(HOMEM HIV -, CASAL XIX)

Notoriamente, o relato acima foi modelado pela percepção de uma masculinidade em que, como afirma Lima (2011, p. 112), “o sujeito macho não adoece [...], então, se eu tenho a força, estou protegido”. Mesmo estando em situação sorodiscordante reconhecida socialmente e cientificamente como de risco, o homem HIV- se sente protegido, uma vez que ele não faz parte do grupo dos fracos – o que talvez seja uma menção ao antigo paradigma (mais ainda mormente) de “grupo de risco”. Neste ponto, o homem recorre ao não-uso do preservativo como uma estratégia de esvaziamento da condição de vulnerabilidade que a situação de sorodiscordância lhe confere. Assim, ele não se sentiria um estranho no relacionamento, como um sujeito fora do seu lugar na relação sexual.

Com efeito, contrariamente ao discurso de responsabilidade compartilhada entre os parceiros pela gestão do risco de contaminação pelo HIV/Aids, verifica-se, de acordo com Villela (1999, p. 210) “uma relativa escassez de mensagens visando à prevenção do HIV

dirigidas aos homens”. Assim, tudo indica que além de se fazer necessária a reconfiguração do lugar do homem diante do HIV/Aids, talvez seja mister desconstruir alguns imaginários sobre a masculinidade e a feminilidade para que os homens e mulheres sintam-se alvos das mensagens preventivas elaboradas.

Aliás, um elemento impulsionador para a criação de explicações individuais – destoantes do discurso preventivo – para o fato do parceiro HIV- ainda não haver se contaminado pelo HIV são as especulações que ocorrem no SAE e no Hospital Clementino, na qual, os profissionais de saúde atribuem como possibilidade a baixa carga viral da parceira e o fato do homem ser menos vulnerável à transmissão do HIV do que a mulher. As interpretações equivocadas dessas explicações, juntamente com os modelos de gênero enraizados, talvez corroborem para a criação de um imaginário de imunidade do dito “*sujeito macho*” (LIMA, 2011) com relação ao HIV/Aids. Nas palavras do entrevistado HIV- do casal XVII: “já disseram pra mim que não sabem como eu não peguei, que meu sangue é muito bom”. (HOMEM HIV-, CASAL XXVII), do mesmo modo o entrevistado HIV- do casal I afirma: “depois que fiz o teste e não deu nada parece que [...] Eu acho que eu sou [...] Como é que se diz? [...] Inigualável! Não sou?”. Desse modo, além destas interpretações levarem alguns sujeitos entrevistados a não usarem o preservativo, elas acabam por contrabalançar a percepção de suscetibilidade ao vírus do homem HIV- do casal sorodiscordante.

Segundo Olavarria (1999), as construções de gênero fomentaram o imaginário social do homem como um ser dotado de poder sobre as mulheres e de um desejo incontrolável, ativo – quase permanente –, por isso, ele não seria o parceiro responsável pela sexualidade no relacionamento, haja vista que, seria arriscado confiar no dito “instinto” masculino. O relato do homem HIV- do casal X expressa como seria custoso controlar o risco, e por isso, o modo como ele lida com a suscetibilidade à transmissão do HIV não perpassa a avaliação das consequências, “eu não estou muito preocupado com isso não, já faz tempo já, estou preocupado não”. Ao se negar a abrir mão de práticas prazerosas, do contato corporal sem barreiras, o parceiro HIV- despreza as atitudes preventivas de tal maneira a ponto de banalizar (KNAUTH, ET. 1998) a contaminação pelo HIV. Nessa direção, ele assume o risco, “eu sabia, mas mesmo assim, fui de cabeça erguida, sem pensar nas consequências”.

A decisão de não se prevenir não nos pareceu penosa para o casal uma vez que a mulher HIV+ do casal X não tentou negociar o uso do preservativo, pois, igualmente não gosta do método preventivo. Desse modo, por ter avisado sobre a soropositividade antes de

iniciar o relacionamento, ela acredita se eximir da responsabilidade sobre a contaminação do parceiro, por isso, responde, “Ligo não”, quando indagada sobre a decisão do cônjuge em não aderir ao método preventivo. O marido argumenta que decidiu assumir o risco, e com isso esclarece que: “se eu pegar isso eu não vou culpar ela e nem ninguém”.

A banalização da contaminação mais uma vez pode ser percebida na fala do entrevistado HIV- do casal XV que relata já haver pensado na possibilidade de contaminação, e com isso, assume que: “contraíndo o vírus eu ia tomar o medicamento e ter uma vida normal. Até chegar o tempo de (silêncio)”. Do mesmo modo como Knauth (1999) e a equipe de pesquisadores encontraram nos relatos dos seus sujeitos entrevistados certa “atitude fatalista” em relação à contaminação pelo HIV, percebe-se que o parceiro HIV- igualmente reconhece que caso seja contaminado conviverá com o vírus e fará o tratamento sem maiores problemas. Ainda assim, ele entende que chegará o tempo em que fatalmente a Aids mostrará sua face mortífera, logo, na medida que a vida demanda outras dificuldades mais urgentes, tantos outros riscos – como a fome, o risco de desemprego, condições precárias de sobrevivência –, que a contaminação apenas somar-se-ia a estes. Em suas palavras: “Eu saí de casa com oito anos de idade, e até hoje... Perdi meu pai, perdi minha mãe”; ou seja, a vida de dificuldades que sempre levou fez com que o HIV fosse significado como um dentre tantos outros problemas vivenciados pelo casal.

A presença da morte é, assim, uma realidade que independe da doença. A Aids é apenas uma ameaça a mais e pode, de certa forma, ser controlada através da adoção de medidas preventivas e terapêuticas que visam evitar o desenvolvimento da doença.
(KNAUTH,et. al, 1998, p.196)

O contexto no qual a prevenção – ou a não adesão a esta – é pensada nos parece especialmente importante na significação do risco, visto que, este pode não se tornar a principal ameaça diante dos diversos fatores aos quais o casal, ou um dos parceiros, está exposto. O homem HIV- do casal XIX, além de não acreditar no caráter transmissível da doença, ainda elenca uma série de problemas de saúde que seriam mais ameaçadores do que o HIV/Aids:

Eu sou diabético, tenho pressão alta; pressão baixa, fiz uma cirurgia no dedo do pé e já está chegando ao osso de novo, vou ter que tirar o dedo fora. E estou vivendo, calçando sapato. Um lado do pé já é dormente, o pé esquerdo já deu derrame, e estou vivendo.

Se eu morrer hoje, vai ser sem camisinha.
(HOMEM HIV -, CASAL XIX)

De todo modo, além de considerar a precariedade das suas condições de saúde – e a ameaça constante do risco de morte, já que enfrenta tantos problemas de saúde – o homem HIV- do casal XIX decidiu não abrir mão de um dos poucos prazeres que a vida lhe proporciona, que é a relação sexual sem preservativo. Segundo o seu relato, “a relação tem que ser carnal”, com isso, pode-se entender que a fusão dos corpos, a sensação de entrega e intimidade só será sentida se houver o contato corporal.

Mesmo a parceira tendo tentado negociar o uso do preservativo, o homem alegou ter consciência do risco e se responsabilizou pelas consequências deste. Nesse sentido, acredita-se que como ele não poderia controlar o desenvolvimento das outras doenças, o homem entrevistado pareceu querer reafirmar que ao menos na vida sexual ele seria o “senhor da situação”, que ao afrontar o risco de contaminação em favor do prazer se sentiria vivo, mais que isso, se apresentaria como um sujeito dotado de poder, como já foi referido no seu relato, um indivíduo de “pulso forte”.

De fato, diferentes relatos endossam as limitações que os métodos preventivos e o risco de transmissão do HIV na situação de sorodiscordância impõem ao exercício da sexualidade. Nas palavras dos sujeitos entrevistados:

Você está me dizendo que não é mais como era antes, por quê?
A gente não tem uma relação completa do jeito que deseja.
(HOMEM HIV+, CASAL XXII)

Quando vocês usavam a camisinha, era o senhor que insistia ou ela insistia?

Às vezes eu não queria, ela queria, às vezes, enfim, porque incomoda muito. Às vezes eu queria, ela não queria, ela queria, eu não queria, e às vezes deixamos de transar alguma vez porque eu não queria.
(HOMEM HIV-, CASAL I)

Eu não me sinto bem usando o preservativo, é como se atrapalhasse.
(HOMEM HIV-, CASAL VII)

Você bota aquele plástico ali e dizem que não tira, que a liberdade de prazer é a mesma, mas assim, eu acredito que não. Dá prazer dá, agora, não tanto quanto sem a camisinha.
(HOMEM HIV-, CASAL IX)

Certamente, o que as falas sobre as implicações do uso do preservativo para as práticas sexuais nos revelam é que embora a situação de sorodiscordância seja normatizada pelos serviços de saúde como uma condição que deve ser gerida através do controle sobre os comportamentos ditos arriscados, os parceiros não deixam de orientar a vida sexual pela busca dos prazeres e dos desejos. Com isso, deve-se considerar nos discursos preventivos o lugar que o “prazer sensorial” (SILVA & IRIART, 2010) ocupa nas experiências sexuais, mais ainda, na posição que este pode assumir como insígnia de poder (de resistência à condição de indivíduo vulnerável) e como símbolo de conexão com o parceiro.

Desse modo, ainda que a atribuição que é dada ao risco assuma um sentido distinto dos conferidos pelos casais sorodiscordantes investigados, uma discussão contemporânea que nos remete a pensar a resistência de homens ao cerceamento da liberdade sexual através da recusa ao uso do preservativo é o fenômeno denominado *barebacking*⁴⁷. De acordo com a definição de Silva & Iriart (2010, p. 2) o “fenômeno é [...] geralmente definido como o engajamento no sexo anal desprotegido, entre homens, de forma intencional”. Assim, a transgressão da ameaça de contaminação pelo HIV e o contato corporal fundem risco e prazer em uma experiência singular e libertadora.

Ora, se o risco em tempos de Aids usualmente é percebido como um elemento negativo que precisaria ser gerido com atenção e responsabilidade, pode-se dizer que no *barebacking* o risco passa a ser percebido de um ponto de vista positivo, como fonte de prazer, tal qual como ocorre nos esportes de aventura em que o risco seria o gerador da adrenalina buscada.

Embora os casais sorodiscordantes pesquisados não tenham posto o não-uso do preservativo como uma forma de tornar o risco um condicionante para maximização do prazer, como os praticantes de *barebacking*, verifica-se que em ambas as situações o contato carnal e a troca de fluídos são significados como intensificadores da intimidade, do sentimento de liberdade e da entrega completa dos parceiros. Portanto, tanto para os casais estudados, quanto para os adeptos do *barebacking*, o sexo sem preservativo além de conferir maior envolvimento emocional atribui a sensação de poder no momento em que o indivíduo consegue ser o senhor do seu desejo.

⁴⁷ O termo em inglês, quando traduzido literalmente para o português, significa: montar sem cela! Segundo Silva & Iriart (2010), o termo *barebacking* surgiu nos rodeios norte-americanos e era utilizado para denominar as práticas de montaria sem proteção, todavia, fazendo uma analogia, os grupos homossexuais americanos o designaram como a prática sexual anal entre homens sem proteção.

Segundo Gagnon (2006), as práticas sexuais se alicerçam em mitos, imagens culturais, fantasias e códigos interativamente compartilhados, por isso, a percepção e a gestão do risco se sobrepõem à assertiva racionalista de adequação entre meios e fins. Dito de outra maneira, é preciso reconhecer que o modo como os sujeitos organizam os seus desejos e os prazeres são fundamentais para as respostas ao risco de contaminação pelo HIV.

Deste modo, o que a situação de sorodiscordância e o *barebacking* nos advertem é que o prazer não pode ser negligenciado nas propostas preventivas, uma vez que este se tornou “(...) uma dimensão importante da vida (e do risco)” (SILVA & IRIART, 2011, p.10). Nesse sentido, parece-nos mais que necessária a expansão dos modelos preventivos baseados na “redução de danos”, a exemplo da escala hierárquica proposta por Juan Raxach (2011), haja vista que gestões alternativas do risco podem colaborar para que as preferências sexuais e os sentidos atribuídos à mudança de *status* sorológico possam ser menos ameaçadores para os parceiros.

Enfim, as posições de doente, de perigoso e de abjeto (SILVA & IRIART, 2010) que a soropositividade pode conferir talvez seja construtora de alteridades entre os parceiros; o que, com efeito, pode ser produtor de diferenças hierarquizantes entre os pares, ou, o que por sua vez *per si*, produza a necessidade do casal unir-se em um par. Assim, quer seja em situações de risco, quer seja na cotidianidade, verificou-se que a situação de sorodiscordância persiste em diferenciar os parceiros, e decerto, como alguns relatos demonstraram, o preservativo configura-se como uma das barreiras que separa os parceiros evidenciando estas diferenças.

CAPÍTULO IV
Em tempos de mudanças: as vicissitudes das
dinâmicas internas e externas dos casais
sorodiscordantes

4.1 As reconstruções das referências sexuais em situações de sorodiscordância

Em um país colonizado em que a mítica formação do povo brasileiro foi correlacionada a uma sociabilidade tecida pelas relações sexuais inter-étnicas, se estereotipa uma identidade nacional marcada pela calidez e pelo erotismo (CANTALICE, 2011). Se no Brasil a sexualidade ocupa lugar central na contextualização social e cultural do brasileiro, quicá os casais estudados se nutram destes imaginários no momento de significá-la na relação conjugal.

Bozon (2004) ainda acrescenta a esta brasilidade lascívia o fato de nos países latinos a proximidade íntima ser deveras importante uma vez que seria um contraponto a “distância social entre os homens e mulheres”. Com efeito, em um cenário em que a sexualidade ganha tamanha expressão o fato do vírus do HIV atingir sobremaneira as práticas sexuais nos indica que as mudanças nesta área do relacionamento podem ser bastante significativas para os casais sorodiscordantes.

A interpretação da convivência dos casais com sorologias distintas para o HIV a partir das mudanças que a nova situação pode impor talvez dê a impressão que a sorodiscordância adquire um caráter central e reestruturador das lógicas conjugais de todos os sujeitos entrevistados – de modo a desconsiderar as permanências (de comportamentos, de relações, etc.). Entretanto, não se verificou necessariamente tamanha importância da diferença sorológica para todos os casais, haja vista que, como já foi referido, esta assumiu distintos significados chegando a ter casos em que o “esquecimento” da diferença sorológica seria um modo de evitar qualquer alteração na vivência conjugal.

Nesse ponto, ao discutirmos aqui as mudanças lança-se um olhar não apenas sobre os valores, os comportamentos e as experiências que são caras aos parceiros e por isso persistem em não serem alterados, mas do mesmo modo para as permanências, já que as resistências evidenciam os limites da intervenção da sorodiscordância na vida a dois.

Assim sendo, na medida em que não foram raros os relatos sobre as novas experiências devido à situação de sorodiferença, desse modo, a mudança se mostrou especialmente interessante para o entendimento da sexualidade dos parceiros que convivem com o HIV/Aids. Aliás, o momento da descoberta do diagnóstico, se foi antes ou depois do início do relacionamento, se revelou determinante para tal investigação. Ora, se alguns casais pós-diagnósticos construíram sua dinâmica conjugal e seus roteiros sexuais (GAGNON,

2008) a luz da diferença sorológica e com isso as mudanças podem ser menos impactantes (exceto no que refere a diminuição do desejo por parte de algumas mulheres – elas acreditam que devido à medicação), certos pares pré-diagnósticos descreveram como problemáticas as mudanças no ritmo da vida sexual, nas práticas sexuais e nas experiências antes prazerosas.

Deste modo, acredita-se que a mudança tenha surgido para alguns casais como problemática devido à necessidade de elaboração de novos roteiros sexuais (GAGNON, 2006), uma vez que as modificações nos arranjos conjugais antes construídos pela díade talvez impliquem em sentimentos de distanciamento e de descaracterização da trajetória conjugal.

De acordo com Gagnon (2006), os roteiros sexuais envolvem os cenários culturais dos indivíduos, as suas interações intersubjetivas, bem como sua subjetividade, desse modo, enquanto esquemas cognitivos orientados pelas relações interpessoais e pelos condicionantes sociais e culturais – muito embora não sejam quadros fixos delimitadores das condutas –, eles são desempenhados, e por vezes, reelaborados pelos indivíduos na realização das experiências sexuais. São nestes termos que Gagnon (2006, p. 113) afirma que as mudanças “em qualquer cultura, requer coordenação e administração de uma ampla variedade de aptidões previamente aprendidas numa multiplicidade de contextos, bem como a criação de novas respostas por intermédio da recombinação de antigas aptidões”.

Note-se que a criação de novas respostas pelos casais investigados, ou seja, o momento inicial de adaptação e aprendizado de novas práticas se deu comumente no término do período de liminaridade (TURNER, 1974), com a reaproximação da díade e a retomada da vida sexual. O que pode ser verificado na dinâmica do casal XXII (pré-diagnóstico) que estava tentando sair da liminaridade, e de tal modo tentou reerotizar antigas práticas sexuais que foram afetadas pelo uso do preservativo. Como foi relatado abaixo, a aplicação de mel serviria para esconder o cheiro do plástico posto no ato do sexo oral, ou seja, um recurso (aprendido através das informações do serviço) utilizado para responder às demandas da nova situação.

Quer dizer que raramente vocês estão tendo relações sexuais? Os tipos de contato sexual que vocês tinham mudaram?

Mudou. A gente fazia sexo oral que era maravilhoso, a gente já não faz. Às vezes eu ainda faço com ele, mas é raramente por que a camisinha tem um gosto muito ruim, aquele gosto de borracha, e eu tenho que botar nele, antes não, a gente fazia sem nada. Eu conversei com a enfermeira ela disse jamais

ele pode fazer sexo oral com você, ele tem que botar a camisinha lá pra não passar pra você, aí não dá nem excitação ver aquele plástico ali.

E o sexo oral ele gosta muito, mas eu não faço mais, mesmo com camisinha, às vezes a gente bota um melzinho pra tentar disfarçar aquele cheiro horrível. Mas era mais isso, a gente gostava de se acariciar, se acariciava e depois de um tempão a gente ia pro “prato principal, mas hoje a gente vai pro prato principal logo”.

Antes era tão boa a nossa vida a dois, era maravilhosa, mas depois foi como se tivessem jogado nós dois dentro de uma geladeira.

Eu gostaria que o SUS oferecesse conversas, terapias pra o casal por que mexe muito com a vida íntima dos dois, é como se jogasse no ralo, jogasse dentro da privada e dessa descarga. A vida sexual acaba.

(MULHER HIV-, CASAL XXII)

Notoriamente, o depoimento da parceira HIV- do casal XXII revela a alteração não apenas nos tipos de práticas sexuais, mas na sequência roteirizada que era produtora de excitação, como o prazer sensorial das carícias, o lugar das preliminares até se chegar o que ela chama de “prato principal” – o que foi entendido aqui como a penetração. A interferência do plástico na sequência sexual e nas sensações provocadas pelos toques submete o prazer à regulação, e é nesse sentido que ela afirma que sente como se ambos fossem jogados em uma “geladeira”. Convém assinalar que o casal havia descoberto há cerca de seis meses a diferença sorológica, e desse modo ainda estava aprendendo a conviver com o HIV/Aids; o que talvez seja um período de reconfiguração das habilidades necessárias para resgatar o erotismo e o prazer nas relações sexuais do par.

A entrevistada HIV+ do casal IV igualmente relatou um período de distanciamento entre o casal, isto é, uma fase de liminaridade (TURNER, 1974), e revelou a dificuldade dos primeiros meses de adaptação ao uso do preservativo – o que durou cerca de uns seis meses. No depoimento abaixo, as alterações nas preferências sexuais e o modo como o medo de contaminação do parceiro HIV- pelo HIV incide nas maneiras de sentir e de agir acabam por conferir a situação de sorodiscordância o lugar de elemento limitador da vida sexual:

Então vocês passaram a usar a camisinha?

Foi. E foi uma mudança muito grande. Até você se acostumar, é muito ruim.

Demorou quanto tempo pra vocês se acostumarem?

Acho que uns seis meses.

O quê que vocês faziam e o quê vocês fazem agora?

Antes tinha mais coisa pra se fazer, hoje não pode mais. Apesar que ensinam como a gente fazer, que tem como a gente fazer, como a gente se proteger tudinho, mas acho que não... não rola mais não, a gente tem medo!

Ah mulher, acho que a maneira de fazer sexo tem várias coisas que a gente pode fazer. E que o homem gosta de fazer na mulher e a gente deixou de fazer.

O que, por exemplo?

Sexo oral.

(MULHER HIV+, CASAL IV)

Você diz hoje por quê? A situação mudou?

Mudou.

(...) Tem vezes que passamos um mês sem ter relação, um mês ou 45 dias.

(HOMEM HIV-, CASAL IV)

Ainda que o casal IV tenha superado o período de liminaridade (TURNER, 1974), o novo arranjo modificou a frequência sexual a ponto de a díade passar um mês sem ter relações. A interposição do medo diante do desejo e das preferências sexuais seria o motivo tanto para a alteração do ritmo quanto para a diminuição do repertório de práticas sexuais.

Para alguns casais, o período de liminaridade (1974) foi marcado pela abstinência sexual. No caso da díade V que não tinha nem um ano de relacionamento, o distanciamento ocasionado pelo impacto da descoberta da soropositividade da parceira gerou sofrimento do ponto de vista do envolvimento afetivo, na medida em que, como afirma Bozon (2004), nos primeiros anos do relacionamento verifica-se uma intensa conjunção entre o desejo e os sentimentos; nesse sentido, a atividade sexual assume um importante papel na construção do par, isto é, esta seria um “ritual de confirmação” conjugal.

Ora, se a abstinência sexual estava sendo penosa, contudo, a reaproximação e o retorno da vida sexual não representaram o ajustamento da sexualidade. As novas circunstâncias provocaram descompassos nos ritmos dos parceiros, de modo que a falta de experiência com relação à administração do risco de contaminação pelo HIV deixou a relação mais demorada, e com isso, a mulher HIV+ afirma ter ficado “difícil demais sentir prazer”, já que ele ejacula rápido e ela acaba por não ter orgasmo.

Ele chega junto para vocês namorarem?

[...] Ele ficava botando muita dificuldade em tudo, então eu cheguei a ficar horas e horas na cama chorando e tudo, porque é triste você amar uma pessoa, a gente passou um ano e tudo, passou seis meses, passando o que a gente passou. Você arruma uma pessoa tão boa assim e de repente acontece uma coisa dessa assim. No início da relação, porque num está nem com um ano que a gente está junto, de repente acontece uma coisa dessa também, eu acho assim.

Aí demora um tempão, ficou difícil demais de sentir prazer, porque assim eu demoro um tempão, aí tu sabe? quando ele fica vários dias sem me procurar aí é que é danado, aí é rapidinho, ele goza aí...

(MULHER HIV+, CASAL V)

São notáveis nos depoimentos como as novas condições afetam o ritmo e a frequência sexual, porém, cada casal responde a sua maneira às mudanças de cenários. Tal qual nos adverte Gagnon (2006), a dinâmica de reconfigurar e reescrever novos roteiros em face das exigências da nova situação causariam não apenas a perda dos roteiros anteriores, mas igualmente desvinculariam estes dos significados antecedentes e das habilidades aprendidas pelo par. Assim sendo, esta reelaboração dos roteiros sexuais pode ser percebida nos depoimentos dos parceiros do casal IX (pré-diagnóstico) ao se referirem às mudanças decorrentes do processo de aprendizagem e de adaptação ao uso do preservativo:

É muito melhor sem camisinha.

Por quê?

A gente está aprendendo, eu particularmente estou aprendendo. Eu acho que tira um pouco a liberdade, tira um pouco.

Antes era bem melhor, porque com a camisinha você tem que antes de começar colocar. Vai aquele tempo embora. Aí você pensa que é mínimo. É uma coisa ruim. Mas você sabe como homem que é. Aí já perde um pouquinho o clima. Depende da forma que é feita. E fica com aquilo... tem hora que a camisinha tem... Você fica com aquele medo da camisinha estourar.

E depois desse tempo, como vocês estão?

Estamos melhores, mais carinhosos. Nos adaptamos pra ter mais confiança.

(HOMEM HIV-, CASAL IX)

Incomoda um pouco, porque de camisinha pra o natural é muito diferente, mas já estamos nos acostumando.

(MULHER HIV+, CASAL IX)

Segundo o parceiro HIV- do casal IX, dependendo do modo como a prevenção é feita, o uso preservativo pode alterar em maior ou menor grau o ritmo da relação ao exigir que o casal interrompa a interação sexual para introduzir o método preventivo. Por isso o entrevistado alega que o tempo empreendido para tal tarefa faz com que se perca “um pouquinho do clima”, dito de outra maneira, o novo elemento interfere no processo de excitação sexual. De outro modo, tentando reduzir o impacto da nova situação para o exercício da sexualidade, as falas versam sobre se adaptar, se acostumar com o preservativo, mesmo que o método preventivo efetue um deslocamento das referências sobre o que até então eles entendiam como uma relação sexual dita “natural” – como pode ser percebida no relato acima da mulher HIV+.

O casal IX recorreu ao carinho, à proximidade entre os corpos (com beijos e carícias) para manter a excitação e assim se adaptar ao uso do preservativo. Ainda assim, da mesma

maneira que a díade IV, o medo de contaminação pelo HIV- fez com que o vírus permeasse a faceta mais subjetiva da sexualidade, que seria denominado por Gagnon (2006) como a roteirização intrapsíquica, e tomasse o lugar que seria das fantasias; o que certamente solicita não apenas a adoção de novos comportamentos, mas sobretudo uma reconfiguração simbólica, uma reorganização mental da assunção do risco de contaminação pelo HIV.

Desse modo, muito embora a adaptação à situação de sorodiscordância tenha assumido um sentido antes de tudo prático, é possível afirmar que além de demandar comportamentos preventivos, as mudanças exigem novas conotações simbólicas e culturais. Pode-se verificar tal assertiva no modo pelo qual o preservativo entra no relacionamento (GAGNON, 2006) e a dificuldade de desvinculá-lo do seu uso nos contextos originais em que foram anteriormente aprendidos; por exemplo, nas relações efêmeras, na prevenção ao risco de gravidez, nos relacionamentos que ainda não tenha se firmado um laço de confiança, ou nos casos extra-conjugais.

Você com aquele parceiro anterior usava a camisinha?

Às vezes.

Às vezes não?

É. Às vezes não. Até porque eu antes, eu achava assim que era mais pra não engravidar, não tanto pegar alguma doença ou outra coisa.

E com seu atual marido, vocês usavam camisinha?

Sim, já usava, devido ao começo da relação, depois a gente passou a não usar. Aí a gente começou a ter uma relação mais forte e parou de usar camisinha.

(MULHER HIV +, CASAL II)

Para o casal II, que igualmente as díades IV, IX, XXII iniciou o relacionamento antes da descoberta da diferença sorológica, anteriormente a convivência com o HIV/Aids o preservativo só havia sido usado no momento em que o casal estava se conhecendo, logo depois deixou de fazer parte do roteiro sexual a partir do momento em que o laço conjugal foi se solidificando. Desse modo, a ausência de uma barreira preventiva expressava o aumento de intimidade e de vinculação do par, por isso, o uso do preservativo revela-se como um agente complicador para a reelaboração do roteiro, uma vez que dificulta a integração das três dimensões que compõem a roteirização (a relação interpessoal, a dimensão intrapsíquica e cultural), já que para o casal, a prevenção não caberia em um relacionamento “estável” baseado na confiança, e nem no plano cultural e nem na mentalidade dos cônjuges, o método preventivo seria apropriado em um casamento.

Desse modo, a mudança para a díade II mostrou-se perturbadora e foi marcada pela dificuldade de adaptação ao uso do preservativo; o que foi observado no movimento pendular entre os períodos de sexo protegido e as relações sem prevenção. Na medida em que a discordância sorológica foi significada pela díade como uma diferença hierarquizante, as relações sexuais sem o preservativo seria um resgate da proximidade da díade e das práticas que os “reuniam em um par” (HEILBORN, 2004). Nestes termos, pode-se afirmar que a situação de sorodiscordância pode deflagrar tanto a avaliação dos antigos roteiros quanto a resistência à inversão do sexo em ameaça, haja vista que, como indica o relato da parceira HIV+ do casal II, a ausência da prevenção seria um símbolo de que o relacionamento estava mais forte; o que significa dizer que as relações sexuais comportam significados que vão além do exercício da sexualidade.

De fato, tudo nos leva a crer que os sujeitos pesquisados reorientam a vida sexual mais em função da significação que eles atribuem à diferença sorológica em seus contextos relacionais, do que segundo as políticas preventivas. Segundo Bozon (2004), as “histórias de referência” – ou seja, os guias de comportamento sexual – são construídas a partir de relações interpessoais, de vivências compartilhadas entre os parceiros e dos cenários culturais; o que nos sugere que as reconfigurações dos roteiros e os modos de prevenção não podem se afastar demasiadamente das referências culturais e das experiências vivenciadas anteriormente pelo casal.

Ora, se a epidemia da Aids medicalizou a sexualidade criando um discurso sanitarista e preventivo sobre as práticas sexuais e sobre o risco de contaminação pelo HIV, e a diferença sorológica demanda a administração de novos comportamentos à luz destes discursos, a rigor, pouco, ou melhor, quase nada se tem visto sobre os impactos da medicação antirretroviral para o exercício da sexualidade. Aliás, devem-se considerar além das mudanças comportamentais e simbólicas as possíveis alterações fisiológicas e psicológicas devido à medicação ou a ausência de aceitação da nova condição. É interessante como enquanto algumas mulheres HIV+ relataram a falta de libido – e acreditaram ser este em decorrência da medicação –, alguns homens HIV+ afirmaram certo “bloqueio psicológico” por causa do medo de contaminar a parceira. Não se pode precisar se os homens HIV+ entrevistados não alegaram a falta de desejo por acreditarem ser uma desonra para a sua imagem, para sua virilidade, ou se a medicação atinge diferentemente homens e mulheres.

De acordo com o relato abaixo, a mulher HIV+ do casal XI afirma não sentir mais desejo e que se caso não estivesse em um relacionamento passaria o resto da vida sem um parceiro:

O HIV mudou alguma coisa no seu relacionamento sexual com ele?

Mudou, mudou muita coisa, e assim, depois disso eu num sei se é assim por causa da medicação, mas assim eu num sou aquela que eu era antigamente, num sinto mais nada como antigamente. Se for possível eu passo o resto da minha vida sem homem, eu num ligo mais não.

Você não sente desejo?

É num sinto mais não, agora eu num sei se, mas também não ia perguntar, eu até queria pergunta para assistente social ou para médica se é por causa do remédio, mas vai fazer o que não é? Faz dois anos que eu vim pra cá, mas faz mais de dois anos já que eu vim do Clementino (hospital) pra cá e eu já tomo essa medicação. Já faz um bom tempo, e são noventa comprimidos que a gente toma durante o mês e fora outras coisas, outros comprimidos que a gente toma e volte e meia aparece anemia, outras coisas e o médico, elas passam outro remédio diferente, então, passa esses comprimidos que a gente toma, com tudo acho que dá o quê cento e poucos comprimidos por mês, é muita coisa, eu fico assim muito nervosa, o sistema nervoso muito grande, um estresse.

(MULHER HIV+, CASAL XI)

O senhor acha que o relacionamento de vocês mudou depois do diagnóstico dela?

Mudou mais, porque antes dela ter isso aí, eu “procurava” ela e havia mais vontade dela. Hoje eu sinto que não há aquela disposição que tinha antes, e hoje eu entendo também.

(HOMEM HIV-, CASAL XI)

Embora tenha dúvidas, a entrevistada acredita que a medicação é a causadora da sua falta de interesse sexual. Por outro lado, mesmo percebendo a mudança, o parceiro HIV- relata que entende a nova situação da esposa; com isso, o casal mantém a vida sexual, porém, com menor intensidade e frequência.

A mulher HIV+ do casal XVII (pós-diagnóstico), da mesma forma se referiu à questão de não sentir tanto desejo. A díade que não modificou seu repertório sexual, já que o construíram tendo conhecimento da situação de sorodiscordância, pratica diferentes posições e não evita nenhum tipo de conduta sexual, porém, mesmo assim ela relata que enjoou até de sexo que ela chama de “normal” – interpretado aqui como o sexo com penetração vaginal.

Teve um tempo que a gente tava fazendo direto, mas acho que enjoiei, às vezes ele cobra. Mas é porque é o momento, às vezes eu enjoô até de sexo normal. Ai eu falei pra ele que se dependesse dele era direto, ele desse dia em diante ficou com raiva.

(MULHER HIV+, CASAL XVII)

A mudança na frequência sexual foi relatada pelo seu parceiro como um agravante para a sua decisão em ter relações extraconjugais, entretanto, nem a esposa sabe (embora desconfie), nem ele pensa em separação devido à nova situação e seus impactos na vida sexual. Algumas mulheres relataram que após a descoberta da sua soropositividade passaram a se sentir inseguras por acreditarem que não estavam mais satisfazendo o parceiro, por isso, as desconfianças e o ciúme recaem sobre o cônjuge HIV-; inclusive, a mulher HIV+ do casal XVII chegou a ameaçar o parceiro com uma faca o acusando de traição, nas palavras do cônjuge HIV-: “O ciúme dela é muito forte, vejo à hora ela querer me matar por causa do ciúme, ela já tentou me matar na casa da minha mãe”.

Com efeito, a mulher HIV+ do casal III (pós-diagnóstico) igualmente relatou a falta de desejo sexual, e por isso, deixou claro que não iria fazer algo que não tivesse vontade. Reconhecendo que ainda era uma mulher jovem para perder a libido, decidiu procurar uma médica para se inteirar da situação. Atribuindo a mudança à preocupação com o estado de saúde do filho (HIV+), ao cansaço, ao desemprego do parceiro e a medicação, ela elenca uma série de circunstâncias que a teria feito perder o desejo.

Eu não vou praticar uma coisa se eu não sinto vontade, se eu não sinto desejo. Sinto cansaço, sinto indisposta, e ele, apesar de ter 46 anos, ele é muito disposto ainda por sexo e eu já não sinto esse pique mais. Tanto que eu marquei pra ginecologista, não fui porque eu menstruei, já pra ver se é normal, se não era por eu ter 34 anos e não sentir mais desejo.

(MULHER HIV+, CASAL III)

Descaracterizando o imaginário de gênero comumente encontrado nas camadas populares no qual a mulher deve “dispor de sua vontade” (BARBOSA, 1995) em favor da satisfação do marido, mais ainda, em função da “necessidade” do parceiro, a entrevistada se impõe e decide só ter relações sexuais caso sinta desejo. Vale salientar que no casal III, a mulher HIV+ é quem paga as despesas da casa com sua pensão (o cônjuge estava desempregado), então, como já foi citado no capítulo, já que ela se incomoda por o companheiro faltar no seu papel de provedor, tudo indica que do mesmo modo não se sinta na obrigação de realizar o papel amiúde atribuído à esposa.

Sob esse enfoque, Barbosa et.al. (1995, p.102) explica que o lugar que a diferença entre os estereótipos baseados na “vontade” da mulher em ter relações sexuais, ou não, e a “necessidade” do homem em satisfazer o seu desejo “incontrolável”, podem ocupar na conjugalidade, é fundamental para verificar os “caminhos pelos quais o poder opera na

relação de gênero”. As representações de gênero que tratam o corpo da mulher como um objeto a ser possuído pelo homem no ato sexual (BOZON, 2004), como algo que é “dado” passivamente (sem considerar o seu desejo e o seu prazer) para quem lhe é de “direito”, nesse caso, o homem (ativo e dominador), certamente reproduz lógicas conjugais extremamente hierárquicas de gênero.

Diferentemente da recusa da entrevistada HIV+ do casal III em iniciar uma relação sexual apenas para satisfazer o parceiro, a mulher HIV+ da díade V tomou para si as representações de passividade da mulher, com seus “deveres” de esposa, de modo a fazer sexo mesmo que as novas circunstâncias tenham lhe retirado o prazer no ato sexual. De acordo com seu relato, o descompasso entre o seu ritmo sexual e o do marido após a descoberta da soropositividade havia resultado em ausência de orgasmo (de sua parte), porém, ainda assim ela relata: “[...] ele faz a parte dele. A gente não tem que fazer isso mesmo, tem sempre, mesmo que não der pra fazer, nós tentamos”.

As implicações da medicação ou da carga psicológica da nova situação parecem ter sido mais impactantes para a sexualidade do casal em que o parceiro HIV+ é do sexo masculino do que quando a pessoa HIV+ é mulher. Tendo em vista que enquanto algumas entrevistadas tentaram reerotizar os novos comportamentos para assim acender o desejo, ou tentaram manter uma vida sexual mesmo sem sentir desejo, os homens HIV+ entrevistados⁴⁸ vivenciam um estado permanente de abstinência sexual, como pode ser verificado no depoimento abaixo:

Agora eu estou bem, bem, aí na hora H bloqueia e eu não consigo.
[...] eu tinha uma vida sexual muito ativa aí houve esse choque e tudo bloqueou. Mas ainda hoje eu estou sempre fazendo tratamento com a Psicóloga. Um dia eu consigo, fiz vários exames e está normal, é só um bloqueio mesmo que tem.
Eu acho que é devido eu nunca ter usado preservativo, tudo, aí quando eu vou ter que usar, aí pronto, me dá aquela angústia, tudo.
Segundo os médicos daqui, eles acham que é psicológico, acham que é psicológico. Até porque eu não faço esse tratamento, eu relaxo nesse tratamento psicológico sabe? Não vou mentir, eu relaxo. Creio eu que se eu viesse fazendo esse tratamento normal, do jeito que era pra fazer mesmo eu já tinha superado porque eu já superei muita coisa já. Já superei a minha

⁴⁸ No universo pesquisado apenas três parceiros HIV+ eram do sexo masculino, e é interessante como todos estavam até o momento da entrevista em abstinência sexual. Os entrevistados dos casais XII e XVIII alegaram que estavam em abstinência sexual devido ao bloqueio psicológico – o que resultou em problemas como a dificuldade de ejacular, e por vezes, falta de ereção. Já o entrevistado HIV+ do casal XXII afirmou que estava em abstinência sexual devido à fé na cura, ou seja, como um sacrifício para alcançar a graça de ser curado; porém, na entrevista a parceira não faz referência a tal questão e explica que eles estão sem ter relações por não estarem sabendo lidar com a situação.

tentativa de suicídio, já superei o preconceito, eu não ligo mais. Aqui mesmo quando eu chegava aqui ficava vendo se alguém olhava, mas hoje em dia é tudo normal.

(HOMEM HIV+, CASAL XII)

Ao longo da entrevista o homem HIV+ do casal XII afirma que nunca aceitou o seu diagnóstico de soropositividade e que por isso tem problemas de depressão e até tentou se matar após a descoberta da contaminação. Nesse ponto, o bloqueio psicológico foi relacionado como decorrente de toda a sua convivência com o HIV, como o preconceito sofrido no trabalho e com amigos, os olhares estigmatizantes no serviço de saúde (o que pode estar ligado ao receio de ser avaliado pelas pessoas a partir do imaginário social que correlaciona soropositividade masculina à homossexualidade) e a dificuldade de introduzir o método preventivo no seu roteiro sexual. O entrevistado afirma que só de pensar em usar o preservativo lhe dá uma angústia, desse modo, a barreira de proteção geraria ansiedade demandando o que Bozon (2004) – fazendo uso da teoria dos roteiros de Gagnon – (2006) chama de “roteiros intrapsíquicos perturbadores”.

O momento da entrada da proteção na interação sexual remete o sujeito entrevistado a estes “roteiros intrapsíquicos perturbadores”, isto é, o uso do preservativo produziria fantasias relacionadas à vergonha, a culpa e ao medo de contaminar a parceira, o que *per si* pode corroborar para a manutenção do seu bloqueio sexual.

Assim como o homem HIV+ do casal XII, o entrevistado da díade XVIII do mesmo modo se referiu a um bloqueio. Segundo seu relato citado abaixo, duas questões interferem na hora do sexo: de um lado, o desconforto anatômico causado pelo uso do preservativo que deixa seu “órgão” inchado, de outro, o medo que a parceira seja contaminada.

Vocês usam a camisinha?

Eu é que nunca me adaptei, pra falar a verdade. Nunca me adaptei. Eu sinto muito desconfortável. Porque apertada demais, quando termina a relação, o meu órgão está muito inchado. É tanto que hoje o meu contato é de ano em ano. É uma crise com essa minha esposa, que eu estou com ela agora, já vai fazer o quê? Acho que um ano e dois meses que eu não tenho relação com ela. Eu tento ejacular, mas eu não consigo ejacular. Quase sempre não tem ejaculação.

Você tinha isso antes não?

Não. Nunca tive.

Você sente o quê?

É Medo de repente a camisinha estourar, alguma coisa e ela pegar.

Como é assim, você me dizer? Você sempre tem a ereção? É na hora do gozo?

É, bloqueia.

(HOMEM HIV+, CASAL XVIII)

Na situação do entrevistado do casal XVIII, a superação dos “roteiros intrapsíquicos perturbadores” (BOZON, 2004), no que se refere ao medo de contaminação da esposa, não resolveria o incômodo provocado pelo preservativo. Aqui, além das implicações para a roteirização intrapsíquica com o bloqueio psicológico e físico, tem-se como agravantes problemas na interação sexual com a esposa, a saber, o estreitamento do períneo dela.

Eu entendo o lado dela, que era tem esse problema de períneo que ela tem. E ela diz que meu pênis é muito grande, eu não acho, eu particularmente não acho. Ela diz que é muito grande e machuca.

(HOMEM HIV+, CASAL XVIII)

Na medida em que o novo roteiro traz problemas para a atividade sexual e a normatização do uso do preservativo não permite que o casal reconfigure o exercício da sexualidade (a proteção também agrava o problema do períneo dela devido ao atrito – ela tem medo de usar o preservativo feminino), percebe-se a extensão da mudança, ou seja, o modo como estes parceiros foram afetados pela situação de sorodiscordância. As dificuldades em reformular as dimensões psíquicas e interpessoais da roteirização revelam a complexidade da nova condição e a não-correspondência do sexo protegido para a realidade deste casal.

Convém assinalar que, enquanto as mulheres HIV- dos casais XII e XVIII não perceberam a abstinência sexual como um problema, inversamente a entrevistada HIV- do casal XXII a significa como uma pedra de toque para a crise conjugal vivenciada:

Eu acho que o sexo ele é a base, eu acredito que é por que amizade por amizade eu e você a gente pode fazer uma amizade, mas eu acredito que o sexo é a base, claro que tem que ter aquele companheirismo, tem que ser amigo, mas eu acho que é o sexo, e infelizmente essa doença é direcionada. Porque até as relações sexuais não são constantes, não é como um casal normal, às vezes acontece, às vezes não acontece, até mesmo por causa da própria doença porque a gente não sabe como lidar por sermos um casal novo, um casal recente.

(MULHER HIV- CASAL XXII)

O jovem casal XXII (31 e 29 anos) – a entrevistada estava em sua primeira experiência sexual – tinha um ano de relacionamento e até a descoberta da soropositividade

do parceiro a vida sexual era bastante ativa. O momento vivido pela díade endossa as palavras de Bozon (2004, p. 71) quando afirma que “todo início de vida conjugal, seja de primeira, seja de uma segunda vida em comum, caracteriza-se por uma intensa atividade sexual”. De fato, segundo os seus relatos o entusiasmo sexual do par foi tolhido com o diagnóstico de HIV+, mais ainda, com a internação imediata do parceiro; desse modo, a dificuldade instalada era a de se adaptar à convivência com o HIV, ou melhor, neste caso em que a doença se desenvolveu, com a Aids.

Ora, se para as mulheres dos casais XII e XVIII a troca sexual não seria o motor do relacionamento, para a entrevistada da díade XXII esta seria o vetor principal da relação conjugal, parafraseando-a: “Eu acho que o sexo ele é a base”. Desse modo, acredita-se que o lugar que a sexualidade ocupa no relacionamento e na trajetória conjugal dão o tom dos distintos sentidos conferidos a abstinência sexual. Na medida em que a entrevistada do casal XII (juntos há 28 anos) alega: “passei a valorizar outras coisas da vida”, isto é, existem elementos mais importantes na conjugalidade do que a sexualidade; e a mulher HIV- do casal XVIII afirma que o casal vive bem mesmo sem uma vida sexual ativa (embora ela sinta-se insegura devido à diferença de idade – ele é dez anos mais jovens), a parceira HIV- da díade XXII acredita que sem sexo, não existe relacionamento, por isso explica que: “a gente mora junto, mas eu não defino como um casal”.

As falas da entrevistada (XXII) revelam uma atitude mais ativa em relação ao exercício da sexualidade, o que significa dizer que o seu papel sexual não está direcionado apenas a satisfação do marido, mas, sobretudo, para o prazer mútuo. Diferentemente da trajetória das mulheres HIV- dos casais citados acima que estavam se relacionando há algum tempo com os parceiros sorodiscordantes e a vida a dois centrava-se sobremaneira no bem-estar da família, no momento vivido pela díade XXII a sexualidade a um só tempo em que reafirmava simbolicamente o laço conjugal (BOZON, 2004), principalmente significava um valor indispensável para a manutenção do relacionamento.

Nesse ponto, desmistificando o imaginário da sexualidade como um domínio masculino no qual a mulher atuaria de maneira secundária, a entrevistada HIV- do casal XXII coloca o seu desejo sexual em um patamar de igualdade em relação ao do parceiro. Tal postura de gênero coaduna com os escritos de Bozon (2004, p. 84) que indicam “uma forte tendência à aproximação das trajetórias e das atitudes sexuais de homens e mulheres” na sociedade contemporânea.

Segundo Bozon (2004), a politização da intimidade, decorrente dos movimentos feministas e dos ideais individualistas e igualitários, colocou em debate – dentre outras questões – o lugar do prazer feminino e as relações dessimétricas entre os parceiros que se escondiam por trás da faceta patriarcal que orientava os relacionamentos entre homens e mulheres. Tais questionamentos provocaram mudanças nas experiências sexuais, nos domínios da intimidade e na gestão dos relacionamentos conjugais, especialmente, no posicionamento feminino. Seguramente, o modo como a mulher HIV- do casal XXII se coloca diante da mudança na vida sexual com seu parceiro demonstra que houve uma tradução deste novo cenário de aproximação entre os papéis sexuais de homens e mulheres na sua reivindicação pelo prazer sexual.

De certo modo, as implicações das mudanças advindas da sorodiscordância no ritmo do ato sexual, na frequência, no desejo, nos problemas anatômicos devido ao uso do preservativo (aperta o pênis, causa atrito no canal vaginal) e até na ausência de relações versavam sobre a questão do prazer. No capítulo anterior, debatemos as vicissitudes da administração do risco de contaminação para as experiências percebidas pelos casais como prazerosas, e agora, quando voltamos nosso olhar para as alterações no exercício da sexualidade, encontra-se novamente a mesma situação.

No que se refere às reclamações do arrefecimento do prazer devido ao uso do preservativo, os homens são categóricos quanto às mudanças:

Como é para o senhor usar o preservativo?

É não presta não, num é bom não, mas fazer o que.

(HOMEM HIV-, CASAL V)

Muda, por que o prazer no caso pra mim, não é o mesmo.

(HOMEM HIV-, CASAL VII)

Regularidade mesmo a gente não tem não. É, ficou um pouquinho assim, meio... Balanceado.

Como assim, balanceado?

Tipo assim, por que eu mesmo não gosto muito de usar preservativo, não vou mentir. E ela não é? A gente não gostava de preservativo. Agora ficou um negócio meio chateado, meio cuidadoso.

(HOMEM HIV-, CASAL XVI)

O ponto central da diminuição do prazer estaria na falta de adaptação ao uso do método preventivo, nas restrições a determinadas preferências sexuais, na quebra do processo

de excitação devido ao novo elemento do roteiro, e, sobretudo, nos sentidos atribuídos ao contato entre os corpos, às trocas de fluídos e à sensação de entrega mútua promovida pelo enlace sensorial.

É interessante como a riqueza do material empírico nos revela os distintos caminhos que a situação de sorodiscordância pode se enredar. Se para alguns casais a diferença sorológica seria um agente modificador da vida conjugal, configurando-se para certos parceiros como um sinal de desprazer, para aqueles que decidiram “esquecer” o diagnóstico que os diferenciam, o cotidiano segue seu curso sem significativas transformações.

Dessa forma, negando-se a reescrever os seus projetos de vida, a reeditar suas referências e assim problematizar os seus comportamentos sexuais em face da diferença sorológica, alguns casais evidenciam a sua capacidade de sobreposição da sorodiscordância pela dinâmica conjugal. Assim como Knauth (1999, p.127) encontrou em sua pesquisa, o “esquecimento do vírus” seria um modo de diminuir a importância da contaminação “e, nesse sentido, uma das formas de demonstrar essa legitimidade é encarar a situação com normalidade, o que é traduzido pela expressão: nada mudou”.

De acordo com os relatos abaixo, a vida segue seu rumo normalmente como se a situação de sorodiscordância não existisse:

Logo que eu falei que era positiva, ele disse que nem por isso ia deixar de gostar de mim, disse ele: “nossa vida vai continuar da mesma forma. Graças a deus, realmente nossa vida continua a mesma coisa de ante. Não mudou nada!

A gente vive um relacionamento que mesmo com todo cuidado é muito normal, como se fosse um casal que o vírus nunca passou nem perto.

(MULHER HIV+, CASAL XX)

Como foi pra você passar a usar camisinha?

Hoje uso tranqüilamente, é como viver normal.

Quando a gente se acostuma mesmo, a gente acha normal e é normal mesmo, bem normal...

E assim teve alguma mudança?

Não mudou não. Faço com ela normal usando camisinha, sinto o mesmo prazer.

(HOMEM HIV-, CASAL XIV)

É provável que o fato das pessoas soropositivas dos casais acima não terem desenvolvido a Aids tenha contribuído para que a contaminação pelo HIV não seja significada como um problema central. Se até então a situação de sorodiscordância não havia trazido

grandes alterações para as práticas cotidianas não seria necessário projetá-la além dos ambientes de cuidados – como os serviços de saúde e hospitais.

As mudanças na vida sexual assumem maior ou menor extensão na dinâmica conjugal de acordo com o modo como a condição de sorodiscordância é administrada pelos casais. Porém, somando-se a este, ou por vezes, propriamente orientando a forma de conviver com o HIV, as condições de saúde do parceiro HIV+ (se desenvolveu ou não a doença), o momento vivido pelo par, as conseqüências da medicação, as especificidades anatômicas (que podem complicar o uso do preservativo) e a situação psicológica podem inviabilizar ou dificultar o exercício da sexualidade.

Por fim, a necessidade de reelaboração dos roteiros sexuais parece especialmente precária quando a falta de referência sobre a convivência com o HIV e os problemas fisiológicos unem-se às fantasias perturbadoras de medo e de ameaça que povoam a mente dos parceiros convertendo simbolicamente o preservativo em um impeditivo para o prazer. Na medida em que surge a necessidade de desempenhar roteiros geridos pela prevenção, os casais não apenas se adaptam a estes, mas os também os modificam com base na concretude das suas demandas interpessoais, haja vista que, as resistências indicam os limites que cada par impõe a intervenção preventivista em sua intimidade. Assim, é moldando, negando ou reinventando os roteiros sexuais que os casais investigados administram as novas situações.

4.2. Relações (des)conexas: o efeito sorodiscordante nas interações com as redes sociais

As relações entre a dinâmica interna do casal sorodiscordante e as esferas das redes de sociabilidades (como o Estado, as ONGs, os serviços de saúde, a parentela e os amigos) se revelaram definidoras para o entendimento das reconfigurações provocadas pela sorodiscordância nas experiências pessoais e sociais dos parceiros.

Tendo em vista que as mudanças nos roteiros sexuais solicitaram reelaborações mentais, interpessoais e culturais do par quanto à convivência com o HIV/Aids, verificou-se que no campo das redes sociais o maior número de relações em jogo levou à diferentes

entendimentos sobre o vírus, forjando comportamentos multifacetados entre os casais e as pessoas integrantes das redes – que foram desde o segredo da díade, os distanciamentos, a criação de novas redes, as formas de apoio, de solidariedade até a estigmatização social.

Na medida em que para alguns casais as relações com familiares, vizinhos e colegas (sobretudo de ONGs e dos serviços de saúde) têm influência direta nas suas dinâmicas internas sorodiscordantes, partimos do pressuposto que o olhar sobre as suas redes sociais, isto é, sobre os fluxos das interações que vinculam os parceiros aos demais indivíduos em suas interconexões, nos possibilitariam entender o caráter e os efeitos das mudanças advindas da diferença sorológica para as suas relações sociais.

As correlações entre a configuração conjugal e a conexidade da rede foram pioneiramente investigadas por Elizabeth Bott (1976, p.77) em seu livro “Família e Rede Social”. De acordo com a autora, o tipo de conexidade entre o casal e os familiares, que dizer, se as relações entre estes seriam marcadas pela proximidade e dependência da “malha estreita”, ou pelos escassos relacionamentos com a “malha frouxa”, seria definidora dos papéis conjugais. A tese de Bott é que “quanto mais conexa a rede, maior o grau de segregação entre os papéis do marido e da esposa. Quanto menos conexa a rede, menor o grau de segregação entre os papéis do marido e da esposa”.

Se os casais estudados por Bott (1976), que estavam em intensa relação com os familiares, amigos e vizinhos, a um só tempo em que sofriam um maior controle da “malha estreita”, paralelamente, recebiam maior apoio quanto às questões financeiras, de trabalho e de lazer (PERRUSI; FRANCH, et.al 2010), distintamente, os pares que teciam relações em redes de “malha frouxa” gozavam de maior autonomia, porém, os parceiros também passavam a depositar um no outro as responsabilidades pelas demandas cotidianas, dito de outra maneira, instaurava-se uma maior dependência entre os cônjuges.

Ainda que as relações dos casais sorodiscordantes investigados com as redes não tenham assumido propriamente a dupla ótica de maior ou menor segregação entre os parceiros devido ao tipo de conexidade com as malhas, como foi proposta por Bott (1976), a sua análise nos ajuda a entender o lugar que as redes de apoio formadas depois do diagnóstico ocupam na configuração diádica, bem como os efeitos do estigma da doença, de alguns afastamentos de familiares e amigos para a cotidianidade conjugal.

No caso da díade IX, a solidariedade e o acolhimento do pastor (e de sua esposa) da Igreja que eles freqüentavam acabaram por tranquilizá-los diante da situação de

sorodiscordância, especialmente, por a díade saber que tem alguém com quem contar, quer seja do ponto de vista financeiro, quer seja no campo emocional.

Depois do Pastor ter sabido como é que ficou a situação?

Ele está mais atencioso ainda, porque no momento meu marido está desempregado, e quem está ajudando ele é a mãe dele. Então ele disse que no que a gente precisasse, qualquer coisa financeira podia procurar ele, se não pudesse vir pra cá, se tivesse sem gasolina, qualquer coisa que ela estava ali pra nos ajudar. E pra mim isso foi muito melhor, assim, a atenção está sendo maior.

A sorte é que ele estava do meu lado, mesmo triste assim, não me abandonou. A gente procurou aconselhamento na Igreja com o pastor, ele também nos tranqüilizou bastante.

(MULHER HIV+, CASAL IX)

A esposa dele abraça minha esposa, dá beijo, come na mesma colher. Assim faz com que a gente se sinta muito bem. Quando a gente fica meio triste a gente vai prá lá. A gente vai pra casa do irmão, conversa lá e fica por lá.

A gente é muito chegado neles, e eles foram muito acolhedores, mas não são todos que são assim

(HOMEM HIV-, CASAL IX)

O apoio do pastor e de sua esposa denota não apenas a sensação de segurança, mas, da mesma maneira confere certa legitimidade a diferença sorológica do casal. O acolhimento e o modo de tratamento que lhes foi dedicado os fizeram sentirem-se como os demais casais, uma vez que no alto da autoridade da fala de um representante eclesiástico o pastor tranqüiliza o par sobre a normalidade da situação ao dizer para a mulher HIV+: “não se ache um monstro, não se ache um bicho, não fique se escondendo, nem fique se guardando nos cantos, com medo, aflita, essas coisas acontecem”.

A relação não apenas com o pastor e a esposa, mas com o grupo de irmãos (a) – como eles chamam-se entre si – é tecida por uma “malha estreita”, através de constantes visitas e de ajuda mútua, nas palavras da mulher HIV+: “O Pastor visitava a minha casa mesmo sem saber ainda, ele fazia visita, as irmãs faziam visita também, tudo sempre de porta aberta para o outro. Então isso é muito bom pra mim”. Ainda assim, além das trocas afetivas e da solidariedade, o pastor também exerce certo controle sobre os cuidados com o tratamento e a prevenção do risco de contaminação pelo parceiro HIV-. É interessante que mesmo que para a doutrina da instituição religiosa o uso de preservativo não seja coerente com os valores comungados, as conversas entre o casal e o pastor versavam sobre a manutenção de relações protegidas com a camisinha.

A fé e a participação em redes religiosas orientaram as práticas conjugais de certos pares, servindo de esteio para a administração da diferença sorológica. No caso do homem HIV+ do XXII, o sacrifício sexual seria recompensado pela cura, por isso, o casal estava em abstinência. Relacionando a sexualidade antes do casamento como um pecado, e já que em termos religiosos o casal de noivos estaria fornicando (como é dito na Igreja), o sacrifício os tornaria um casal abençoado – seria pertinente ressaltar que embora a díade more junto, o noivo quer casar na igreja, mas depois da descoberta da soropositividade dele a noiva não tem mais certeza se manterá o relacionamento.

A gente está se sacrificando pra que possa está com consciência limpa, para que possa viver melhor, mais feliz.

Foi o pastor que conversou com vocês sobre isso?

Não, porque a gente não é casado ainda. A gente ainda não contou pra ele, mas com certeza eu vou contar que já houve relação.

Por que vocês decidiram não ter mais relação?

Pela fé.

Aconteceu alguma coisa há três meses atrás pra vocês tomarem essa decisão?

Por que a gente vinha brigando muito, aí decidiu não fazer relação sexual pra que Deus pudesse abençoar a gente através do nosso sacrifício. A gente vem brigando muito, mas mesmo assim não está tendo nada, está lutando pra que Deus possa me curar, por que eu creio na cura, que Deus pode curar, Deus pode tudo. Então, a gente está se sacrificando.

(HOMEM HIV+, CASAL XXII)

É ambíguo como esta mudança de atitude diante da situação de sorodiscordância que foi atribuída à fé só ocorreu quando o par estava em crise, e mais ainda, ela só foi enredada deste modo pelo parceiro HIV+. Curiosamente, a parceira que também é evangélica não significou o momento vivido da mesma forma, por isso, o casal desenvolveu situações de “duplo vínculo” em virtude do descompasso nos sentidos atribuídos à abstinência sexual.

Assim como Bott (1976) nos adverte, a relação com a “malha estreita” pode alterar fortemente a lógica interna do par, portanto, é nestes termos que se para os parceiros da díade XXII os preceitos religiosos estão sendo venenosos ao exercício da sexualidade, para o casal IX – que havia se convertido há pouco tempo (cerca de seis meses – mas ocorreu antes do diagnóstico) – a mudança decorrente da adoção da doutrina evangélica reconfigurou positivamente tanto os momentos de lazer juntos quanto o modo pelo qual a sorodiscordância foi administrada. Por isso, a mulher HIV- do casal IX percebeu a conversão religiosa como

um elemento extremamente benéfico para o relacionamento, pois, de um lado, o casal ficou mais unido, já que o marido que gostava de sair e beber passou a ser mais caseiro e abandonou o consumo de bebidas; de outro, possibilitou a formação de uma rede de apoio após a descoberta do diagnóstico de HIV+.

As redes de apoio religiosas assumem um caráter central para a lógica interna de alguns casais, principalmente quando estes não conseguem gerenciar seus próprios meios de subsistência sem a ajuda da “malha estreita”. De fato, em determinados relatos é posto que após a descoberta da soropositividade de um dos parceiros o casal passa a enfrentar dificuldades financeiras tendo em conta as alterações nas condições de trabalho, quer seja por causa do estado de saúde, quer seja pela perda do emprego por preconceito do empregador, “eles me mandaram assinar o aviso (prévio)” (HOMEM HIV+, CASAL XII), com isso, a solidariedade das redes serve de amparo para a escassez de recursos que deveriam advir das instituições públicas.

Com efeito, se os parentes não têm condições econômicas para ajudar, ou até mesmo não queiram fazê-la, o casal se apóia na rede religiosa para manter o sustento e até cuidar da saúde, como pode ser verificado nos relatos abaixo:

Você já falou com o pastor ou com um irmão de lá?

Eu conheci o pastor e ele já sabe. O pastor, minha mãe conversava muito com ele. Foi um dos que deu dinheiro a minha mãe pra ela comprar a medicação. A gente chegava com a receita, ele pedia pra comprar. Aí eu creio que por obrigação assim, por satisfação eu acho que ela deve ter dito. Ele nunca chegou pra mim não, entendeu? Pra conversar. E umas duas irmãs só. São as irmãs que assim, levava sopa, essas coisas: “Vê se você toma essa sopinha irmã”, sempre com aquele cuidado, aquela pessoa que trazia fruta.

(MULHER HIV+, CASAL VI)

O pessoal da igreja, como é que receberam a informação? Eles sabem?

Só o pastor sabe, foi o primeiro que soube. Inclusive, ele está me ajudando na minha aposentadoria, arrumou um advogado pra mim;

(HOMEM HIV+, CASAL XXII)

Assim como a solidariedade conjugal, a ajuda da rede acaba por criar vínculos entre os indivíduos conectados, além de contribuir tanto para a viabilização de demandas cotidianas quanto para o modo como casal se posiciona simbolicamente em relação à diferença sorológica. A atuação da rede religiosa de “malha estreita” se aproxima da concepção de “círculo protetor” defendida por Goffman (1988), uma vez que de acordo com o autor, as pessoas do círculo ajudam na simulação de atributos estigmatizantes ao fazer com que o

indivíduo se perceba como alguém tão aceito quanto qualquer outra pessoa da sociedade – o que não significa dizer que em termos práticos necessariamente os signos de seu estigma sejam desconsiderados nas interações sociais com a sociedade mais ampla.

Muito embora as relações com as redes de apoio religiosas possibilitem a construção de uma sociabilidade solidária e passem, para alguns casais, sentimentos de conforto espiritual e de segurança nas dificuldades financeiras, da mesma forma também encontramos certos depoimentos em que os entrevistados demonstraram receio quanto a basear sua convivência com o HIV em dogmas religiosos.

Você acha que a religião ajudaria?

Na minha opinião, não.

Por quê?

Inclusive minha mãe teve esse AVC devido a cigarro, diabetes, pressão alta, mas veio acontecer esses problemas porque ela tava justamente freqüentando uma Igreja evangélica. Eu sou preconceituoso na parte do evangélico. Porque ele pega uma informação pra você sem lhe preparar, por exemplo: ela fazia uns três meses que tava na igreja, aí o pastor disse: “se você crer em Deus, você vai se curar. Jogue o remédio fora!”. Aí pronto. Ela foi, pegou o remédio, deixou de tomar. Com dez dias que ela estava sem tomar o remédio, aconteceu isso. Eu não posso culpar, mas eles pregam a palavra de uma maneira sem pensar em prejudicar o próximo.

(HOMEM HIV-, CASAL VIII)

De acordo com o relato acima, a prova de fé que foi solicitada à mãe do entrevistado pelo pastor da Igreja que ela frequentava a fez parar de tomar a medicação – o que foi atribuído como a causa do AVC (Acidente Vascular) sofrido. Desse modo, a interferência negativa da religião levou a um fechamento do casal e um silêncio quanto à situação de sorodiscordância, haja vista que, influências externas foram percebidas como possíveis complicadoras para o tratamento da mulher HIV+.

Neste ponto, explicando do mesmo modo que o homem HIV- do casal VIII, o sujeito entrevistado da díade III também tem receio que a intervenção de preceitos religiosos atrapalhe o tratamento da parceira HIV+. Os comentários sobre os pedidos de determinados representantes da Igreja para a suspensão da medicação, em nome da fé, acabaram por distanciar o par da Igreja.

Vocês frequentam ou já tiveram vontade de frequentar alguma igreja?

Às vezes eu não acho tão importante. Porque aqui e acolá eu escuto uns comentários de uma pessoa ser infectado e passou a ser religioso e o pastor manda suspender a medicação. Isso é para você vê onde é que chegou.

O senhor acha que a religião pode até atrapalhar o tratamento?

Pode

(HOMEM HIV-, CASAL III)

Vale salientar que enquanto os casais sorodiscordantes que receberam o apoio da rede religiosa revelaram um círculo maior de sociabilidade com a “malha estreita” - já que o compartilhar do segredo sobre o diagnóstico com os parceiros da fé e o conhecimento dos familiares desdobravam-se em apoio (exceto para a díade XXII) –, os dois casais que relataram o distanciamento da religião também tinham uma vida social menos ativa, em outras palavras, eles vivenciavam certo isolamento em relação aos outros indivíduos da rede, especialmente os familiares do parceiro HIV- e amigos, por receio de se expor a avaliações sociais preconceituosas.

A sobrecarga depositada na relação a dois, devido ao isolamento do par, pode trazer problemas para a dinâmica cotidiana e para a própria configuração interna do par, como verificado no casal III em que a cobrança da esposa HIV+ para que o parceiro desempenhe o seu papel de provedor é geradora de brigas – já que depois que ela casou passou a não ter mais o suporte financeiro da família.

Em outro sentido, se o medo da intervenção religiosa, citado pelos entrevistados acima, perpassa a adesão ao tratamento das parceiras soropositivas, outras influências externas ao casal demonstraram-se ameaçadoras para a manutenção da relação conjugal. Note-se que a sogra da mulher HIV+ do casal IX tenta exercer uma dupla pressão sobre o casal: do mesmo modo que especula sobre o uso do preservativo, igualmente busca mecanismos para afastar o par. Nas palavras da entrevistada, “Ela diz assim, que se fosse por ela, ele ia para o Rio trabalhar e mandasse dinheiro pra mim. (...) E outra coisa também, quando ele dorme lá ela fica preocupada se usou preservativo, se não usou”.

Relatando que a “mãe é mais compreensiva, é mais acolhedora” o homem HIV- do casal IX contou o segredo por acreditar que teria o apoio dela, porém, a reação não foi como o esperado. Além do mais, um agravante para a situação do casal é que existe uma forte dependência deles em relação à rede, uma vez que o par não co-habita devido à dificuldade financeira, e assim, a convivência com familiares contribuiu para uma maior influência sobre cada um dos parceiros individualmente.

Para o casal XVI, que mora com os pais do parceiro HIV-, a reação negativa da mãe dele, somada a dependência financeira, gerou uma tensão na vida conjugal a ponto de instaurar uma crise no relacionamento:

Como é que sua família reagiu?

Minha mãe é muito assim, ela logo assim de cara quando soube ela não queria minha esposa em casa não.

O pessoal lá de casa expulsou logo ela. Prendia ela em casa, minha mãe chegou logo chorando.

Já ela (a esposa) é muito braba. Muito braba e não atende quando minha mãe. Ai pronto, através disso mesmo, ficam as duas sem se falar, ela e minha mãe. Lá em casa está uma guerra, uma guerra.

E vocês dois como lidam com a situação?

(...) estamos mesmo é na corda bamba. Quase separa e não separa. Através de minha mãe que fica fazendo intriga.

Ai pronto, se ver eu estou entre a cruz e a espada. Não sei se vou para um lado ou se vou para outro. Se eu vou para lá, a minha mãe briga, saio de casa: “É, está dando mais a sua mulher e não está me dando nada”. E se eu vou para cá ela diz: “tu esta aí na rebarba da tua mãe, está só puxando para o lado dela e nem sabe o que ela faz.

(HOMEM HIV -, CASAL XVI)

Assim sendo, embora os pais do parceiro HIV- os ajudem nos custos com as despesas diárias e disponibilizem um espaço para a díade morar, após a descoberta da soropositividade da mulher HIV+ a situação mudou e o suporte estrutural dado foi usado como recurso para separar o casal, o que pode ser traduzido na expressão: “o pessoal lá de casa expulsou logo ela”. A falta de posicionamento sobre a quem ele deve lealdade, se é a mãe, ou se é a esposa, fez com que o homem HIV- do casal XVI se sentir-se dividido. E esta indecisão causa brigas entre os parceiros desestabilizando, nesse sentido, a vida a dois, os deixando a ponto de separar.

A inextricável conexão com os familiares do parceiro do sexo masculino em face dos vínculos econômicos e da proximidade física afetam diretamente não apenas a convivência da díade com o HIV/Aids, mas, antes de tudo, o próprio laço conjugal. Estigmatizando a soropositividade da nora, a mãe do parceiro HIV- investe cotidianamente em intrigas na tentativa de minar o relacionamento do casal sorodiscordante.

A pressão da família do parceiro HIV- para que o casal se separe também foi descrita por outros sujeitos entrevistados. Os depoimentos abaixo demonstram como a sorodiscordância não é socialmente aceita, mais ainda, como ela é temida.

Como foi a reação da sua família?

Logo disseram que não dava certo. Pelo gosto da minha família eu já tinha deixado ela e também me deram muito conselho só que minha cabeça é dura e eu nunca fui por conselho de ninguém.

(HOMEM HIV-, CASAL XI)

E qual foi a reação?

Foi meio mal. Minha mãe, em choque, pediu pra eu me separar. Aí eu disse: Por quê? Não tem pra que se separar. Aí ela disse: não, rapaz, você vai está com uma pessoa doente? Eu falei para minha mãe que hoje é uma doença normal. Hoje tem tratamento, muita gente sobrevive com pressão alta, com diabetes.

(HOMEM HIV-, CASAL IV)

Este tipo de intervenção sob as lógicas internas conjugais foram feitas pelos familiares que interagem cotidianamente com os parceiros, especialmente os pais. De acordo com Bott (1976), a intensidade dos engajamentos emocional e material de cada parceiro com as pessoas da rede de “malha estreita” levam ao compartilhamento das demandas do par, o que *per si* abre espaço para intromissões na relação diádica. No caso dos casais sorodiscordantes, os familiares mais próximos tornam-se sólidos agentes de controle atuando como forças sociais externas que tentam impelir as escolhas dos parceiros sobre a manutenção, ou não, do relacionamento.

A história social da Aids com os imaginários de morte e a estigmatização das pessoas infectadas certamente nortearam a pressão dos familiares dos parceiros HIV- para que o casal se separe. Segundo Goffman (1988), o estigma faz referência a um atributo extremamente depreciativo que confere descrédito a quem o possui, porém, este só ganha forma quando é explicado em termos relacionais, ou seja, quando o correlacionamos ao referencial de valores, as ideias de normalidade que vinculam os atributos aos estereótipos.

Desse modo, pode-se dizer que a situação de sorodiscordância torna-se, do ponto de vista sociológico, duplamente suscetível a estigmatização. De um lado, na medida em que no imaginário social a contaminação do parceiro soropositivo ainda persiste em ser percebida como decorrente de um comportamento “desviante”, promíscuo e perigoso, atribui-se descrédito a pessoa soropositiva por ter desempenhado um comportamento socialmente inaceitável, mais ainda, por consequência deste, haver se tornado portador de um vírus ameaçador tanto do ponto de vista biológico quanto moral. De outro, como nos alerta Ivia Maksud, Terto Jr., Cristina Pimenta e Richard Parker (2003), a discordância sorológica ressalta a “desvalorização simbólica” de relacionamentos entre pessoas assinaladas pela

diferença – como a conjugalidade entre indivíduos com grandes diferenças etárias, étnicas e sociais.

Daniela Knauth (2003) sugere que os casais sorodiscordantes são significados como um risco social porque tanto estes podem ser pensados como possíveis disseminadores da epidemia (transmissão vertical e do parceiro HIV-), quanto talvez por conotarem simbolicamente a Aids não mais como uma “doença do outro”, restrita aos grupos desviantes, mas como algo integrante do universo das pessoas ditas “normais”.

Nesse sentido, a revelação da diferença sorológica para familiares, amigos e vizinhos, pode mudar as interações com as redes de sociabilidade provocando comportamentos excludentes e animosidade nas interações sociais; o que possivelmente traz implicações para a relação conjugal, uma vez que, como nos lembra Sarti (1996), para os indivíduos de camadas pobres a família atua através de uma rede de parentesco que configura as obrigações morais e serve de apoio para o atendimento das demandas cotidianas do casal. Desse modo, a ruptura com esta teia familiar pode desestabilizar a dinâmica conjugal.

Para o casal XXII, que a descoberta da soropositividade de um dos parceiros alterou todo o projeto futuro da díade, a não-aceitação da nova condição sorológica pela a família da pessoa HIV+ instaurou uma forte dependência do homem HIV+ em relação a sua parceira.

O que ela representa para você?

Representa não tudo, porque Deus representa tudo para a gente, mas ela é a única família que eu tenho, é tudo que Deus deixou pra mim foi ela.
(HOMEM HIV+, CASAL XXII)

Antes da descoberta da soropositividade, o casal de noivos planejava o casório e cada parceiro morava com os familiares. Entretanto, os três primeiros meses após a revelação da nova condição sorológica foi marcado por uma “virada biográfica” (como discutido no segundo capítulo deste trabalho) para ambos os cônjuges. O homem HIV+ que estava em fase de desenvolvimento da Aids a um só tempo em que estava internado, se viu as voltas com uma série de tragédias familiares (assassinato da mãe e do irmão, além do seqüestro da filha pela irmã). Por outro lado, a mulher HIV- que é bastante religiosa cultivava o sonho de casar na igreja, de ter filhos, porém, com a nova situação deflagrada (morte e abandono dos familiares do parceiro) teve que abrir mão do seu ideal de casamento e passou a morar junto com o noivo.

Enquanto o homem HIV+ percebe o relacionamento com a noiva como seu único esteio, seu alicerce diante de toda problemática existencial, a parceira convive ambigualmente com as novas circunstâncias, de modo em que tem horas que se vê enredada nos cuidados, nos sentimentos afetivos, e em outros momentos, reflete sobre a possibilidade de morte do parceiro e sobre o seu risco de contaminação. As falas da díade XXII coadunam com o diagnóstico feito por Passarelli (2003) sobre os sujeitos sorodiscordantes estudados em sua pesquisa, quando verifica que:

A preocupação do parceiro soronegativo em cuidar do tratamento de seu amante causa um sentimento ambíguo na relação afetiva. Para a pessoa que vive com HIV/Aids, isto significa uma demonstração incondicional de amor. Para o soronegativo, isto pode significar um jogo de cartas marcadas, que não terá vencedores, sendo, desta forma, fonte de muita frustração.
(PASSARELLI, 2003, p.47)

As dificuldades da díade em refazer seu projeto conjugal estão diretamente ligadas à passagem do parceiro HIV+ de uma relação com a família enredada por uma rede de “malha estreita” para uma situação de total abandono. Quando saiu do hospital o entrevistado não tinha mais casa – pois após a morte da mãe as irmãs a venderam e sumiram – e nem sabia mais onde estava a filha, (que também havia sido levada pela irmã). A parceira que após o diagnóstico havia decidido se separar (mas ainda não tinha conversado com o noivo) teve que reconsiderar a decisão devido ao abandono das irmãs do entrevistado, mais ainda, ela passou a responsabilizar-se pelo parceiro, como pode ser verificado abaixo:

O recebimento do diagnóstico alterou alguma coisa na tua vida?

Modificou, mudou tudo na minha vida, preconceito; perdi a minha mãe, perdi meu irmão, mataram, assassinaram, e eu ainda com essa doença. E o pior não foi isso, o pior é o preconceito, minhas irmãs depois que minha mãe morreu elas pegaram tudo, eu estava interno, pegaram tudo, levaram, foram embora me deixaram abandonado.

A gente sofre não é nem tanto com a doença. Por que se fosse a doença, mas a família tivesse apoiando, se as pessoas tivessem apoiando, era menos dolorido, menos deprimente pra gente, mas não é nem a doença, é o preconceito.

(HOMEM HIV+, CASAL XXII)

Como você define sua relação com ele?

Como eu falei pra tu, a gente esta convivendo junto, mas foi meio por acaso por que como as irmãs dele foram embora, eu tive que botar ele em algum espaço por que eu não podia levá-lo pro bairro que eu tava por que tinham matado a mãe dele e o irmão, então foi estressante, pra mim foi uma dificuldade muito grande porque eu não podia dormir fora de casa, às vezes

chegava onze horas, meia noite em casa, e quando eu dormia fora, lá em casa era uma discussão porque eu tinha dormido fora de casa, porque minha família é muito conservadora. Aí comecei a ficar lá um dia, dois dias, final de semana completo e estou constantemente, mas eu não defino, sinceramente, eu não defino como um casamento a gente diz que é casado, mas eu não vejo ainda como um casamento.

Em novembro descobriu a doença, em dezembro mataram a mãe, em janeiro o irmão, passou fevereiro, em março as irmãs abandonaram ele e levaram a filha.

Quando elas foram embora eu tive que ficar com ele.

(MULHER HIV-, CASAL XXII)

Nestes termos, parece-nos que o estigma da Aids preconizou comportamentos preconceituosos dos familiares do sujeito HIV+ a tal ponto de se instaurar uma condenação social na qual a penalização do entrevistado ocorreu por meio do sequestro de sua filha e no ato de bani-lo da família. Ao ser posto à margem dos parentes, o homem HIV+ do casal XXII e sua noiva foram obrigados a reconfigurar toda a sua dinâmica conjugal. O distanciamento do antigo bairro, a necessidade de morarem juntos (o estado de saúde do parceiro HIV+ exigia muitos cuidados), o segredo com os familiares da parceira HIV- e a sobrecarga da responsabilização desta pelo parceiro, foram às formas encontradas para manipular o estigma e lidar com as novas circunstâncias.

Ora, se o abandono pela família do entrevistado gerou como demanda a formação de um novo lar e deflagrou uma luta judicial pela guarda da filha, por outro lado, estas mudanças foram percebidas como obrigações problemáticas para a parceira, mais ainda, a coabitação tem causado sofrimento psicológico para a mulher HIV- tanto por ter desconstruído seus sonhos matrimoniais e seu projeto de vida (pois ela não acredita que consiga ser feliz convivendo com o HIV) quanto pelo desgaste familiar, uma vez que ela passou a ser perseguida e questionada pelos pais e os irmãos após ter ido morar com o noivo.

Sua família aceita bem você morar com ele?

Assim, por que quando eu comecei frequentar a casa dele foi porque ele não tinha ninguém, tinha que ser eu mesma. Eu fui muito perseguida em casa, minha família falando mal porque eu estava dormindo na casa do namorado. "eu estou lá, mas eu estou cuidando dele como uma enfermeira, eu não estou lá como mulher dele não". Tentei passar isso pra eles.

(MULHER HIV-, CASAL XXII)

Tendo em vista que as imposições da nova realidade causaram problemas nas relações familiares dos parceiros, e conseqüentemente na lógica interna do casal, a solução encontrada

por ambos foi a partir de então a manutenção do segredo. A experiência negativa quanto à revelação do diagnóstico para os familiares do entrevistado HIV+ contribuiu para que o par cria-se uma “capa defensiva” (GOFFMAN, 1988). Entretanto, o ocultamento da situação de sorodiscordância para os parentes da entrevistada HIV- e para os amigos do casal provoca tensão, ansiedade e compromete as relações antes tecidas com a rede.

De acordo com Goffman (1988), o encobrimento de determinado atributo depreciativo pode ferir os sentimentos envolvidos nas trocas com pessoas íntimas da rede e ser produtora de mal-entendidos. Assim como fica claro no relato acima da entrevistada do casal XXII quando explica que a família (que não tem conhecimento da diferença sorológica) não entende que ela convive com o parceiro mais como enfermeira do que propriamente como mulher dele.

Se o segredo serviria como proteção contra possíveis comportamentos preconceitos, por outro lado, quando se decide pelo ocultamento abdica-se do apoio emocional e material que poderia advir do compartilhamento do diagnóstico. A mulher HIV- do casal XXII relata o sofrimento que o segredo provoca ao isolar o casal, especialmente por deixá-la em total sensação de desamparo, já que para preservar o noivo ela não conversa nem com ele sobre as suas dificuldades em lidar com a situação de sorodiscordância: “Por que eu não tenho ninguém, os meus pais não sabem, a minha família não sabe, não tenho ninguém pra conversar”.

Aproximando-se das lógicas conjugais encontradas por Maksud (2007, p.216) em sua pesquisa sobre os casais sorodiscordantes no Rio de Janeiro, com base nos relatos dos sujeitos entrevistados pode-se afirmar que para alguns parceiros paraibanos com sorologia distinta para o HIV,

[...] o segredo conjugal cria um forte vínculo de dependência entre o casal, podendo ainda produzir uma situação de dependência do soropositivo em relação ao negativo, além de um forte senso de responsabilidade deste último em relação ao primeiro.

Segundo a mulher HIV+ do casal I, o segredo a deixa sufocada e causa desconforto nas relações interpessoais com os familiares. A mudança da cidade para outro Estado (devido ao trabalho do parceiro HIV-) facilita o encobrimento da sorodiscordância, porém, as visitas aos parentes solicitam atenção para que nenhuma informação vaze e abra precedentes para especulações. Nesse sentido, evitando possíveis embaraços nas relações face a face o casal diminuiu as interações com os familiares da mulher HIV+.

Eu até hoje minha família não sabe. E pra mim isso é muito ruim, porque como eu tinha muito preconceito e eu acho que minha família vai ter também. Quem sabe a médica, meu marido e mais ninguém. E se alguém suspeita, nunca me falaram nada.

O que altera é ter que esconder?

Isto é uma coisa que me sufoca bastante. Eu até tenho vontade de contar pra a minha mãe e meu pai. Mas eu não conto.

Eu vou morrer com isso engasgado em minha garganta.

Por que você guarda esse segredo?

Eu tenho medo de falar, pelo preconceito.

(MULHER HIV+, CASAL I)

A discriminação é muito grande, eu achava melhor não contar por enquanto. Até porque eu sou negativo. Se eu fosse positivo eu contaria de imediato.

(HOMEM HIV-, CASAL I)

Na medida em que o atributo depreciativo, ou seja, o vírus foi adquirido na vida adulta, e a entrevistada já havia sido socializada a luz do estigma do HIV/Aids – inclusive, esta também compartilhava as ideias estigmatizantes sobre as pessoas soropositivas –, com isso, a mulher HIV+ presumia qual seria a reação dos seus familiares caso soubessem do seu diagnóstico. Respondendo antecipadamente a situações sociais que podem ser margeadas pelo estigma, o casal se protege refugiando-se no conforto e no apoio moral do seio doméstico – após se sediarem em outra cidade os parceiros que não têm familiares no local não construíram relações de amizade, desse modo, o cotidiano e o lazer são compartilhados pelo par com os seus filhos.

O medo de sofrer preconceito, e que juntamente com este se exerça uma pressão social sob o casal, exige um repensar sobre quem realmente é digno de confiança. Segundo Luhmann (1996), a confiança é forjada nas relações interpessoais, na experiência social, no modo como os indivíduos se autoapresentam e nas provas de confiabilidade (manutenção de segredo, familiaridade e cumplicidade). Como um instrumento redutor do caráter contingencial da sociedade contemporânea, a confiança seria um dos pontos de partida para tomadas de decisões e para a antecipação das condutas das pessoas nas interações sociais.

Neste sentido, haja vista que a relação de confiança pressupõe familiaridade, assim, é lugar-comum pensar a família como o esteio, como ponto de apoio, como fonte de segurança e de confiança. O vínculo emocional e os sentimentos de proximidade entre parentes dificilmente poderiam se manter sem confiança (LUHMANN, 1996), desse modo, o

compartilhamento de segredos seria inerente ao tipo de relações familiares tecidas por alguns casais sorodiscordantes investigados.

Mas você não conta pra mais ninguém por quê?

As pessoas não têm consciência. Preconceito. Achrom que se encostar vão pegar. Se der um beijo no rosto. As pessoas ainda pensam assim: um aperto de mão...

As únicas pessoas que sabem sou eu, minha mãe, ele e meu ex.

(MULHER HIV+, CASAL VI)

Quem da sua família sabe?

Só minha mãe, minha sogra e meu sogro

Por que você não contou para mais ninguém?

Porque eu não confio. Eu tenho medo que escape entende. Eu vivo muito bem, só tenho medo do preconceito. Hoje a AIDS ta aí, mas mesmo assim, é muito forte o preconceito. Eu vejo por outras pessoas na minha cidade, eu vejo como são preconceituosas. Por isso eu prefiro calar-me e contar àquelas pessoas que eu confio. É tanto que eu tenho muito medo que alguém saiba. Isso mexe, porque eu já falei com pessoas soropositivas, que não sabia que eu sou e me contaram como é o preconceito. Tem pessoas que sofre tanto que precisa de psicólogo. Meu medo é esse o único medo que eu tenho.

E os amigos?

Não, não tive coragem. Quando souber vão se afastar

(MULHER HIV+, CASAL XX)

A proteção e a cooperação que as relações de confiança podem produzir contribuiriam para o encobrimento da diferença sorológica, de modo que os parceiros obtivessem êxito na autoapresentação como pessoas sem marcas sociais estigmatizantes visíveis. O medo do preconceito exige que a díade e os familiares – que têm conhecimento da situação de sorodiscordância – manipulem nas interações com os demais indivíduos da rede os símbolos de desprestígio (como remédios, rotina de consultas e condições físicas, ou até a relação entre magreza extrema e HIV/Aids) como forma de não expor o casal a situações preconceituosas.

A manipulação do estigma estaria sobremaneira relacionada à confiança quando a decisão em ocultar ou expor os atributos depreciativos faz uma cisão entre as pessoas íntimas e confiáveis para quem os casais podem se revelar, e os estranhos, ou indivíduos familiares, mas de reputação duvidosa, os quais não se deve confiar. De fato, Luhmann (1996) nos adverte que no mesmo sentido em que a familiaridade é condição necessária para a confiança, está também nos dá base para a desconfiança. O lugar que a familiaridade ocupa na formação de confiança ou de desconfiança é decorrente das circunstâncias, da confirmação do tipo de relação mantida, da cumplicidade mútua (ou falta desta), enfim, da experiência interpessoal.

Para alguns casais, as visões de mundo dos parentes, a forma como estes se colocam diante de determinados símbolos de estigma sugeriria a possível conduta dos familiares – como referido acima no posicionamento da mulher HIV+ da díade I em relação a sua família – caso soubessem da diferença sorológica dos parceiros. E tal pressuposição já seria suficiente para produzir uma relação de desconfiança, o que acarretaria no ocultamento do segredo.

Além de vocês internamente na casa, mais alguém sabe?

Não.

Como é que você ver isso, se você tivesse abertura com um irmão, a mãe, com um parente mais próximo, o que faria com que você falasse á pessoa que a sua esposa é HIV positivo?

Não sei nem como dizer por que a minha família é daquele pessoal do interior, “do tempo das cavernas”, com qualquer besteirinha faz um bicho de sete cabeças. Aí eu preferi me manter quieto, nem com pai, nem com mãe.

Eu lembrei que você disse que a sua família não sabe, e que as pessoas que vivem com você não sabem. Como você conseguiu manter em segredo quando a sua filha nasceu, quanto ao cuidado com o vírus, os medicamentos?

A gente morava num quartinho isolado, era só a gente que entrava no quarto, os remédios a gente tirava o rótulo, já pra não “dá na vista”. Às vezes ela ia tomar o remédio o pessoal perguntava ‘pra que isso’, ela falava que era pra apetite, ficavam meios cismados, mas graças a Deus.

(HOMEM HIV-, CASAL VII)

Se o preconceito seria difícil de ser enfrentado caso ocorresse por parte de estranhos, a mulher HIV+ do casal VII tem medo de contar para a família por acreditar que quando este vem de alguém muito próximo, a situação torna-se mais dolorosa:

Você falou que na sua família ninguém sabe, você não confia por quê?

Não. Eu tenho medo do preconceito deles. Entendeu? A gente até esse ponto, assim, de uma pessoa de fora, mas da família assim, da mãe.

(MULHER HIV+, CASAL VII)

Em verdade, comumente nos depoimentos a figura da mãe foi caracterizada pelas ideias de compreensão, de acolhimento e de confiança, entretanto, ao contrário do que era esperado, após a revelação do diagnóstico de soropositividade de um dos parceiros algumas pessoas entrevistadas reordenaram as representações que até então alimentavam sobre a genitora devido à quebra de confiança.

Conforme a mulher HIV+ do casal III relata abaixo, o desabafo com a mãe sobre a sua soropositividade foi o modo encontrado para dividir com alguém de sua confiança o peso da nova situação:

(...) eu acho assim que a mãe da gente é tudo na vida da gente, é uma pessoa que a gente deve confiar muito. Quando eu cheguei, ela ficou sabendo, eu não agüentei guardar só pra mim. Tive que me abrir, cheguei num pranto de choro, tive que me abrir pra ela pra entender a situação. Só que dias depois ela falou pra uma amiga e saiu vazando. Por isso que existe esse comentário aqui dentro. Mas, foi mais difícil ainda pra mim por causa disso porque é um choque pra qualquer pessoa, ela sofre e levanta a cabeça e diz: eu vou viver. Tem uns que viram a cabeça e dizem que vai morrer disso, mas não vai morrer só. Eu achei muito pesado guardar um segredo desses, era muito pesado. Só pra mim, era muito pesado. Comentei com ela, mas infelizmente...

Quando eu me internei também, eu não queria que ninguém fosse me visitar, porque lá no Clementino tem o quarto das outras infecções e aí ela levou essa senhora lá e já era uma senhora de idade, levou minha cunhada lá, levou minha tia. Essa minha tia eu não me importava tanto porque é enfermeira ela jamais ia relatar a ninguém, mas com minha cunhada e essa senhora, eu fiquei muito magoada porque ela levou porque foi só minha cunhada chegar aqui e ir comentando, confirmando. Aí me magoou muito e eu superei.

Como a família reagiu?

Ficaram chocados, mas me deram apoio.

Você teve esse pequeno problema com a sua mãe, e aí como ficou a relação de vocês duas?

Porque até hoje eu comento com ela e ela fica magoada e eu não confio nela nesse sentido porque ela não confessa, mas eu tenho certeza porque foi a única pessoa que eu cheguei do nada do jeito que eu cheguei desorientada e falei pra ela, até porque eu falava isso pra alguém ou eu guardava isso dentro de mim e fazia uma besteira com a minha pessoa, aí melhor foi conversar com ela porque se a gente não confia na nossa mãe vai confiar em quem? e aconteceu de acontecer, mas Deus me deu força para hoje está aí superando pouco a pouco

(MULHER HIV+, CASAL III)

A quebra na relação de confiança entre mãe e filha ameaçou o lugar que a progenitora ocupava na vida da entrevistada, que por sinal, anteriormente acreditava que “a mãe da gente é tudo na vida da gente, é uma pessoa que a gente deve confiar muito”; além de criar mágoas e afastamentos entre elas. A perda do referencial de confiabilidade – “se a gente não confia na nossa mãe vai confiar em quem?” – da mulher HIV+ do casal III fez com que as suas demais relações com rede fossem tecidas pela desconfiança.

Segundo Sarti (1976), a família, para as camadas pobres, seria caracterizada por aqueles nos quais os indivíduos poderiam confiar. Dessa forma, baseados em uma moral de

reciprocidade – que inclusive foi bastante discutida por Marcel Mauss, o dar, o receber e o retribuir – o pressuposto desta rede de obrigações familiares estaria assentada na confiança. Assim sendo, tudo indica que é por ter rompido com as regras de reciprocidade, por ter quebrado os laços de confiança que a atitude da mãe da entrevistada HIV+ do casal III acabou redefinindo os vínculos entre o casal e os parentes na medida em que pôs em xeque as referências simbólicas e o eixo moral que solidificavam as trocas e a sociabilidade da rede familiar.

Aliás, convém assinalar que o vazamento do segredo por parte de familiares dos sujeitos entrevistados gerou, para certos pares, atritos com trocas de acusações públicas e rupturas das relações entre os parentes.

A quem você contou quando você soube do exame?

As minhas filhas e os meus irmãos. Tanto que no mês passado, um dos meus irmãos brigou comigo e deu um grito no meio da rua, mas eu não escutei não. Quem escutou foi minha menina e disse: “olha, você para com isso que você pode ser processado. Isso só diz respeito a ela e a gente que cuida dela quando ela está necessitando”. Aí ele parou. Eu nunca escutei mais ninguém comentar não, porque foi de noite a confusão que ele teve comigo.

(MULHER HIV+, CASAL VIII)

As intensas relações com a rede de “malha estreita” possibilitam um maior número de desentendimentos entre familiares e vizinhos, devido aos conflitos inerentes da maior exposição dos indivíduos da rede, da influência da fofoca, das exigências de lealdade entre eles, da cooperação e da troca de deveres/favores. De acordo com Sarti (1996), as relações de vizinhança (seja com parentes, ou com os vizinhos que se tornam pseudoparentes) caracterizam-se pela ambivalência, pois, da mesma forma em que os indivíduos que compõem a rede são percebidos como iguais, sendo não apenas foco de solidariedade, mas um parâmetro para se situar socialmente, as interações também se desdobram através de rivalidades.

Com efeito, a rivalidade é tecida nos meandros da fofoca, que ao reafirmar ou depreciar a reputação dos indivíduos (BOTT, 1976) atesta o posicionamento destes em relação às normas e as crenças coletivas. Do ponto de vista de Bott (1976, p.111), a rede gere os assuntos dos indivíduos de tal modo que “suas atividades são conhecidas por todos e elas não podem escapar das sanções informais do mexerico e das sanções formais da opinião pública”.

Na medida em que as questões ditas privadas quando desvendadas passam pelo crivo da legitimidade externa – e que mesmo na intimidade construída entre os indivíduos da rede elas ainda sejam travestidas por uma ordem de valores –, verifica-se que nos momentos em que os segredos mais íntimos são revelados, no fervor das discussões, denigre-se a imagem dos entrevistados como modo de afirmar o desvio deste em relação aos valores da rede. Desta forma, seguindo a linha de pensamento de Norbert Elias (2000) sobre relações de poder entre os “estabelecidos” e os “outsiders”⁴⁹, a fofoca seria um marco da estigmatização, ou seja, ela justificaria a inferioridade do *status* do sujeito rotulado, a saber, os “outsiders”, e demarcaria a solidez e a “superioridade” das relações dos indivíduos “estabelecidos”.

Assumindo um sentido normativo que julga moralmente os indivíduos em relação aos demais sujeitos da rede, a fofoca despontou, nos relatos abaixo, como um elemento excludente para o casal sorodiscordante XVII, e como fonte de pertencimento social, para o tio do homem HIV-. Aliás, tudo nos leva a crer que foi por se perceberem como legítimos propagadores dos valores e das normas da rede familiar que o tio do entrevistado HIV- do casal XVII e a cunhada da entrevistada da díade III quiseram publicizar uma imagem estigmatizada das pessoas HIV+ como uma ameaça social, fazendo da rua o palco da discórdia.

Das pessoas mais próximas houve alguma reação negativa?

Mês passado a cunhada dela “rasgou a queima roupa” que ela era portadora. Gritou alto pra todo mundo ouvir.

Por que isso?

Foi uma brigazinha, ela agiu por impulso.

(HOMEM HIV-, CASAL III)

Por que vocês não contam?

Os amigos meus lá da casa da minha mãe sabem através do meu irmão, e chegou até; ia ter morte nesse meio. Meu irmão bebeu uma; primeiro foi meu pai que disse pra minha tia: tem dois filhos meus que estão com o HIV, disse pra minha tia, e minha tia ficou dizendo na rua que a gente tinha HIV. Meu tio disse saia daqui, na minha casa você não entra não.

Com você ou com seu irmão? Ela acha que você também é soropositivo?

Comigo, e depois disse com o meu irmão. Aqui você não toma um copo de água, se você tomar um copo de água eu quebro o copo na hora. Você é portador do HIV, seu pai falou pra gente, vai desmentir seu pai que você não

⁴⁹ No livro “Os estabelecidos e os outsiders”, Norbert Elias e John Scotson discutiram as relações de poder de dois grupos de moradores de uma comunidade de Winston, na Inglaterra. O mote da problematização das relações entre os dois grupos é que as identidades sociais das duas categorias se definiam pelas relações de interdependência grupal na qual a só tempo em que as diferenças os separavam, elas também os uniam, já que os “estabelecidos e os outsiders” só se definiam a partir dos elementos que os negavam como iguais. Era na construção identitária enquanto grupo superior e consolidado que os “estabelecidos” se apropriavam das relações de poder estigmatizando os “outsiders” como os sujeitos “de fora”, que seriam inferiores e pouco confiáveis.

tem AIDS? Minha mulher era bem magrinha, ele disse a sua mulher que era do seu irmão está “dessa finura”, cuidado ela não morrer, depois que cai o cabelo. Aí a gente começou discutir eu e ele. Os amigos da gente todos sabem que a gente é portador, não tem certeza, mas sabem.

(HOMEM HIV-, CASAL XVII)]

O relacionamento do casal XVII envolve uma trama familiar bem peculiar. A parceira HIV+ era esposa do irmão do atual parceiro, e foi através deste ex-marido que ela adquiriu o vírus. Tendo em vista que o irmão traído nunca aceitou a união do irmão com a sua ex-esposa, a revelação da soropositividade (e a mentira sobre a real condição sorológica do homem HIV-) foi feita em retaliação ao casal XVII, como forma de minar a aceitação do par pela rede. Note-se que em decorrência da fofoca caluniosa, na discussão entre o tio e os sobrinhos, foi imputado ao sujeito HIV- o descrédito pela sorologia da sua parceria; em outras palavras, o homem HIV- passou a ser estigmatizado por um atributo social que segundo Goffman (1988) seria denominado de virtual, uma vez que o entrevistado não é realmente portador deste.

Os mexericos e as fofocas que a primeira vista seriam instrumentos reguladores das normas e da moral dos indivíduos em rede, quando enveredam pelo imaginário do HIV/Aids comumente assumem uma faceta extremamente preconceituosa e excludente. Desse modo, a experiência de estigmatização sofrida pelo casal, ou por um dos parceiros, provoca uma dupla tensão, pois se de um lado os sujeitos sorodiscordantes (ou o parceiro HIV+) se vêem lançados em um processo de diferenciação em relação aos que antes eram percebidos como seus iguais, de outro, é provável que a identificação com os elementos que rotulam as pessoas que convivem com o HIV seja bastante problemática.

Sem embargo, na tentativa de fugir de possíveis situações preconceituosas, determinados casais se afastam das redes aos quais estavam enredados antes da descoberta do diagnóstico e se inserem em novas conexões sociais. Neste ponto, em algumas falas, os serviços de saúde (com oficinas, reuniões de grupo, palestras), os grupos religiosos (como já foi discutido) e as ONG's se projetam como fomentadores de novas redes de apoio para os pares sorodiscordantes para o HIV/Aids.

De acordo com Goffman (1988), a pessoa estigmatizada pode esperar apoio daqueles que compartilham do mesmo atributo depreciativo, por isso, o apoio moral denota a ideia de “grupo de iguais”; e de outro modo, encontra-se refúgio nos chamados “os informados” que são as pessoas que por algum motivo conhecem o universo estigmatizado, e desse modo, “o

indivíduo que tem um defeito não precisa se envergonhar, nem se autocontrolar, porque sabe que será considerado como uma pessoa comum” (GOFFMAN, 1988, p. 39).

Ademais, ainda que não estejamos nos referindo à tipologia de “informados” enquanto indivíduos marginalizados que também desfrutam de algum tipo de descrédito social, tal qual explica Goffman (1988), pois verificamos que existem pessoas como os profissionais de saúde, os militantes de ONG’s e grupos religiosos que em virtude de crenças e valores configuram-se como redes de apoio sem que lhes seja atribuído algum tipo de desonra social, do mesmo modo reconhecemos a pertinência de sua segunda tipologia de “informados” para a maneira como o casal sorodiscordante frequentemente é percebido na sociedade, já que como Goffman (1988) revela, a pessoa que se relaciona com o sujeito estigmatizado passa a compartilhar um pouco do descrédito do parceiro – como pode ser visto na estigmatização de alguns parceiros HIV-.

Nesse sentido, as novas conexões solidárias contribuem para o gerenciamento do estigma que arremata até o parceiro HIV-, já que a um só tempo em que conotam o sentimento de aceitação, de normalidade da sorodiscordância, de inclusão em um grupo de iguais – ou de “informados”/simpatizantes –, igualmente pode propiciar a inclusão em um universo de direitos sociais, de acesso a cidadania, além de alicerçar a construção moral das práticas e crenças que passam a ser adotadas devido à nova condição sorológica.

De acordo com a entrevistada HIV+ do casal VII, as palestras e as informações recebidas no serviço de saúde deram um norte para a sua convivência com o HIV/Aids. Mais ainda, além de tê-la feito se engajar na luta contra a disseminação da Aids e pelos seus direitos enquanto pessoa HIV+, igualmente possibilitou a construção de vínculos afetivos e emocional com os profissionais de saúde e com as outras usuárias do serviço a tal ponto do grupo constitui-se como uma “segunda família”.

Aqui tem palestras, os psicólogos dão palestras, faz gincana. A gente comemora o dia de luta, de combate contra a Aids. E a gente aqui é como se fosse uma família. Eu gosto demais daqui. As pessoas me orientam direitinho. Porque eu cheguei aqui arrasada: grávida, sem nenhum tipo de informação. E quando eu cheguei aqui me acolheram muito bem. Entendeu? Me orientaram, me explicaram, me falaram, que eu pensava que minha filha ia nascer também soropositiva. E então é como se fosse a minha segunda casa.

(MULHER HIV+, CASAL VII)

O nome de lá é Casa de Convivência, é?

É. Aí eu gosto de lá. Tinha uma Casa Municipal também que acabou. Mas eu gosto que tem apoio, a gente tem apoio, a gente conversa bastante com as pessoas, tem muitas pessoas igual a gente, a gente não se sente só, a gente vê que não é só a gente que tem aquilo, é uma vida normal.

(MULHER HIV+, CASAL X)

O acolhimento e o sentimento de pertença encontrados na rede de apoio enredada no serviço de saúde e nas ONG's reconfiguram as perspectivas que definem quem desempenha o papel de estigmatizado e quem atua como sujeito comum, já que nas situações geradas nas interações entre os integrantes da rede de apoio, os sujeitos soropositivos e seus parceiros (muito rara a participação dos parceiros do sexo masculino nas oficinas) não assumam o papel social do estigmatizado, e sim, experimentam a sensação de ser aceito, de ser parte da sociedade como qualquer outro indivíduo. Nas palavras de Goffman (1988, p. 149):

[...] o normal e o estigmatizado não são pessoas, e sim perspectivas que são geradas e situações sociais durante contatos mistos, em virtude de normas não cumpridas que provavelmente atuam sobre o encontro.

Certamente, o que Goffman (1988) nos alerta é que os sujeitos entrevistados podem desempenhar tanto o papel de estigmatizado quanto o de pessoa “comum” sem marcas depreciativas, dependendo do tipo de conexão instaurada nas relações sociais. Se entre os seus iguais, entre os “informados”/simpatizantes e diante das pessoas que não sabem da diferença sorológica, o par pode atuar como os demais indivíduos da sociedade, nas situações em que o *status* sorológico revela-se como um atributo depreciativo, como no caso de ser visto por outrem em um serviço especializado ou quando o indivíduo sofre preconceito, a díade (ou o sujeito HIV+ da relação) assume o lugar social do estigmatizado.

O fato da diferença sorológica não ser visível – principalmente por o tratamento antirretroviral modificar a imagem da pessoa soropositiva que se caracterizava pela extrema magreza – possibilita que o atributo estigmatizante mantenha-se encoberto, e com isso não haja interferências no fluxo das interações quando se oculta o diagnóstico. O empreendimento de guardar segredo ou de revelar-se, segundo Goffman (1988), acaba por dividir os espaços sociais em alguns possíveis lugares: teriam os cenários “proibidos” que seriam aqueles nos quais a exposição levaria a discriminação – por exemplo, na casa de familiares que não aceitam a condição sorológica de um dos parceiros, como visto a situação da díade XVII –;

também existiriam os ambientes onde se desenvolvem relações de cuidado (como no atendimento médico), e os lugares nos quais se interage com os seus (nas oficinas, nos grupos constituídos nos serviços de saúde e nas instituições não-governamentais que trabalham com pessoas que convivem com o HIV/Aids).

No depoimento da mulher HIV+ do casal IV, a ONG Missão Nova Esperança lhe transmite a segurança necessária, quer para a preservação da sua identidade estigmatizada, quer para a administração da sua convivência e a do parceiro com o HIV/Aids, através do compartilhamento de experiências e da ajuda mútua no grupo de apoio a mulheres soropositivas.

E não tem nenhuma outra instituição que você tenha procurado depois da Missão?

Na verdade, tem outras instituições, mas eu não gosto.

Não gosta?

Porque assim, é muito diferente daqui. Aqui a gente se sente segura. E é muito bom lá. Eu gosto. E tem as formações, tem depoimentos, tem um momento da gente conversar o que a gente está passando, se a gente teve problema, como é que o grupo pode ajudar.

Segura como assim?

É porque entra muita gente. Todo tipo de gente, sabe? É uma coisa desorganizada. A gente sente que a gente não está seguro com a identidade da gente e é coisa de muita confusão, muito fuxico, aí eu não vou.

(MULHER HIV+, CASAL IV)

As relações tecidas nas trocas de informações íntimas aproximam os indivíduos da rede forjando sentimentos de confiança, de segurança e de solidariedade que solidificam o compromisso recíproco com as demandas de cada participante da instituição. Neste ponto, concordamos com Goffman (1988) quando afirma que os indivíduos administram a exposição do seu estigma em dois mundos: de um lado, estaria um grande grupo que oferece maior risco de estigmatização, ao qual se oculta o(s) atributo(s) depreciativo(s), e de outro, estaria o pequeno grupo no qual tudo se revela, e onde se encontra apoio; e é neste último grupo que se situam as redes de apoio relatadas por alguns casais sorodiscordantes investigados.

No momento em que você descobriu que era soropositivo quem conversou com você? Como foi o atendimento?

Foi assim, foi legal, desde que eu cheguei aqui fui muito bem recebida, aqui as pessoas são tudo igual, a gente num vê cara feia, a gente num vê diferença, pra mim, pra falar a verdade eu nunca tive um atendimento tão bom quanto eu estou tendo agora, nunca tive.

E isso é assim, porque também a questão do preconceito, porque eu não posso conversa com ninguém a única pessoa que eu conversei foi a minha agente de saúde que eu confio muito nela e também tem me ajudado em muitas coisas.

(MULHER HIV+, CASAL V)

E como é lá na Missão?

Assim, fiquei com mais coragem de levar a vida normal, porque a maioria das turmas de lá, eu tenho gente lá que é conhecida, que tem trinta anos, quarenta anos, que tem e leva a vida normal, e na hora lá elas ficam tudo comentando, cada um dá a sua palestra, cada uma conversa umas com as outras, foi lá que eu aprendi.

(MULHER HIV+, CASAL XI)

Os relatos indicam que nos ambientes em que se teceu uma rede de apoio as pessoas HIV+ sentem-se em um “círculo de protetor” (GOFFMAN, 1988) que lhes permitem reconfigurarem as suas vidas após a descoberta da diferença sorológica. É nesse sentido que a mulher HIV+ do casal XI afirma ter ficado com “mais coragem de levar a vida normal”, principalmente por as experiências de outros sujeitos HIV+ servirem de referência para o modo como ela enfrentaria a doença. Seria pertinente ressaltar que as algumas redes de apoio auxiliam tanto na busca por auxílios do governo (através de formulários, informações até suporte jurídico) quanto na marcação de exames e consultas; o que acabou por incluir as pessoas assistidas em uma seara de serviços e direitos sociais.

Observe-se que os depoimentos que versam sobre a formação das redes de apoio após a descoberta do *status* sorológico são feitos pelas mulheres HIV+, e este fato nos remete a três questões: primeiramente, diz respeito à interferência (como discutido anteriormente no capítulo I) das limitações metodológicas do recorte de gênero dos sujeitos da nossa pesquisa para a investigação da convivência do HIV/Aids; segundo, nos indica que o ambiente feminilizado do SAE Materno-Infantil pode não ser percebido pelos parceiros do sexo masculino como um espaço aberto (ou propício) para os homens; e por último, revela a centralização do atendimento e da ajuda apenas no parceiro HIV+ do relacionamento.

Muito embora a carga de trabalho dos parceiros do sexo masculino e a falta de interesse em acompanhar a esposa tenham sido relatadas por alguns entrevistados, também surge como demanda de certos homens HIV- a necessidade de ser incluso no tratamento, de ser alvo de atenção e de informações. De acordo com o homem HIV- do casal III, se as informações também fossem repassadas para ele no serviço de saúde, isto ajudaria o casal a conviver melhor com a situação sorodiscordante:

E o que senhor acha disso, de apenas ela ser atendida no serviço?

Eu acredito que deveria mudar, sabe por quê? Eu vou lhe falar por qual razão. Porque quanto mais eu fico informado melhor. Então, você é medico esta naquela de seu dia-dia, sempre esta vendo coisas novas, sempre surge algo diferente e isso deveria ser repassado.

(HOMEM HIV-, CASAL III)

Em 2003, as discussões empreendidas no Workshop da Associação Brasileira Interdisciplinar sobre a Aids – ABIA, intitulado “Conjugalidade e Aids: a questão da sorodiscordância e os serviços de saúde”, já alertavam que a política de saúde brasileira ao focar na medicação levava ao tratamento individualizado do sujeito HIV+, desconsiderando o binômio que constitui a sorodiscordância, ou seja, o casal.

Desse modo, somando-se a individualização do atendimento ainda verifica-se que a diferença sorológica tem tido pouca visibilidade nas discussões sobre a Aids, o que provavelmente impede que sejam percebidas as demandas destes casais, ou em casos extremos, faz com que o serviço de saúde nem tome conhecimento da diferença sorológica do usuário em relação ao seu parceiro.

Larissa Polejack (2003), em sua fala no Workshop, atenta para o caráter relacional da diferença sorológica e, sobremaneira, para o impacto desta para a vida de ambos os parceiros. É paradoxal como os discursos das campanhas de combate a Aids abordam a prevenção, mas o atendimento centra-se apenas na doença; desse modo, tudo indica que seja por tal motivo que alguns parceiros HIV- não encontrem espaço nos serviços de saúde (e pouco tem-se visto em relação as redes de apoio citadas pelos sujeitos entrevistados), ou, no pior das situações, desconsidera-se a sua presença, como alega o homem HIV- do casal VI: “nunca me chamaram para nada aqui, fazem de conta que eu nem existo”.

De fato, a escassa presença do parceiro do sexo masculino no atendimento, que a primeira vista poderia ser atribuída às imagens de gênero que denotam a mulher como a cuidadora da relação, – tanto do ponto de vista afetivo, quanto pela responsabilização pela saúde dos filhos e do marido –, se expressa mais pela lógica do tratamento que percebe de modo unilateral a situação de sorodiscordância, do que propriamente por uma escolha dos parceiros HIV-.

O depoimento do homem HIV- do casal VII é caracterizado pela crítica a falta de visibilidade da sua condição enquanto parceiro HIV-, mais ainda, a sua fala ressalta o tipo de inclusão que deve ser feita, até mesmo, o tipo de apoio que o casal necessita, não apenas em

termos de informações, mas também na assessoria das questões cotidianas deflagradas na convivência com o HIV/Aids, e que as instituições públicas se isentam da responsabilidade:

Você acha que o serviço aborda o casal? Eles fazem isso, ou você acha que ainda não faz?

Eu acho que na verdade eles não fazem não. Eu acho que a primeira vez que eu estou sendo abordado é por essa entrevista que você está me fazendo.

Mas de qualquer maneira você que deve fazer parte da consulta?

Não, com certeza. Eu não só acharia, como eu adoraria participar. Contanto que fique agendado. Digamos, 'vai ter daqui a um mês', aí a pessoa me avisa que eu deixo lá avisado e que todos os dias eu tenha que dizer: 'ó, dia 25!' eu tenho que tá lá. Por mim, cada vez que ela viesse pra cá, eu tava aqui também.

E o que você acha dessas organizações que trabalham com pessoas que convivem com o HIV?

Rapaz, eu acho que deveria melhorar. Que ajuda, ajuda com certeza. Agora, ainda acho que tem que ter uma participação de fora pra haver uma assistência maior.

Como assim?

Digamos do governo, porque ele faz tanta propaganda, a mídia sempre está: ah, saiu no ministério da saúde que mandou tantos e tantos pra isso, pra aquilo, mas a única coisa que eu ouço falar na mídia sobre o soropositivo é que está aumentando, mas não falam de uma maneira de diminuir ajudando as pessoas. Por exemplo: quando eles vêm falar sobre o soropositivo? É na época de carnaval, é na (no caso agora) junina, e por quê? Se eles botam a propaganda em épocas festivas, não botar todos os dias? Eu acho que a mídia não deveria só trabalhar em propaganda em prol do governo, deveria trabalhar em prol da população.

(HOMEM HIV-, CASAL VII)

O relato acima nos lembra que as carências dos casais sorodiscordantes dizem respeito não apenas às questões financeiras e informativas, mas também trata da inclusão, da cidadania, de uma assistência médica e social que antes de ser normativa e intervencionista, fosse agregadora de direitos básicos, de benefícios sociais e de proteção legal.

Segundo Silva & Camargo Jr. (2009), produziu-se uma invisibilidade do arranjo conjugal sorodiscordante na medida em que se desconsiderou na estratégia médica o casal como unidade de atenção, e se focou apenas na adesão ao tratamento. Nas palavras dos autores, Silva & Camargo Jr (2009, p.9):

É na polaridade entre tratar e o cuidar que caminham os modelos de atenção à saúde, geralmente com uma lógica curativa (voltada para o tratamento), e menos preventiva (orientada pelo cuidado).

Com efeito, acredita-se que seja devido a tal tipo de modelo curativo que o homem HIV- do casal VII reivindique em seu relato outro esquema de atenção à saúde, com estratégias específicas para os casais com sorologias distintas para o HIV/Aids.

Ainda assim, não se pode dizer que nos serviços de saúde investigados havia uma total invisibilidade dos casais sorodiscordante. Mesmo que não fossem dirigidas a estes pares serviços específicos, verificamos em um dos poucos casos em que o casal sorodiscordante foi abordado qual foi o tipo de relação tecida entre o profissional de saúde e o sujeito investigado.

Ela começou a dizer coisas comigo: “você um rapaz novo, viver com uma mulher que é portadora, você não tem amor a sua vida não?”

A mulher que te disse isso era o quê?

Enfermeira, era a que entrega o prontuário a pessoa.

Ela estava toda de branco. Eu disse: “mas doutora eu vou fazer o quê?” Eu gosto dela. Ela começou a dizer um monte de coisas comigo. Eu saí chorando e ia deixar ela. A mulher disse seu irmão já a deixou por causa disso. Eu disse não meu irmão não gostava dela não, arrumava mulher e batia nela, não foi por causa da doença não.

(HOMEM HIV-, CASAL XVII)

O posicionamento intervencionista e moralista da profissional de saúde que atendeu o parceiro HIV- do casal XVII demonstra os desafios enfrentados pelos casais sorodiscordantes para manter o relacionamento, os quais são submetidos à pressão e ao preconceito até nos serviços de saúde – vale salientar que o preconceito nos serviços de atenção à saúde só foi relatado por dois casais.

O discurso invasivo, controlador, e porque não, desrespeitoso da enfermeira, está estritamente baseado em seus valores pessoais, em seu imaginário sobre o HIV/Aids, do que propriamente pelo seu conhecimento técnico sobre o assunto. A legitimidade de sua fala – pelo lugar que ela ocupa enquanto profissional de saúde – foi utilizado para propagar sua opinião como verdade científica submetendo a trajetória conjugal a sua ordem de valores morais e crenças; o que não pareceu ser nada ético.

De acordo com Silva & Camargo Jr. (2009), a tendência da clínica biomédica e da saúde pública em controlar os usuários dos serviços como indivíduos passivos e submissos – que devem aderir ao que foi recomendado – seria um agravante para a abordagem da conjugalidade sorodiscordante, especialmente porque o sucesso do tratamento e de uma abordagem conjunta do par estaria assentado na criação de “espaços de intersubjetividade que

nos ajudem a passar do tratamento ao cuidado, espaços esses que envolvem, necessariamente, uma dimensão dialógica” (SILVA & CAMARGO JR, 2009, p.9)

O tratamento da Aids remete o profissional de saúde às questões de foro íntimo dos usuários do serviço, entretanto, em algumas relações empreendidas entre os entrevistados e os profissionais o que se viu foi o apagamento das situações mais amplas que envolvem a condição de casal, dos seus hábitos e dos múltiplos fatores que permeiam a convivência com o HIV/Aids.

A dificuldade em desenvolver um diálogo franco com o profissional de saúde foi expressa tanto por parte do sujeito HIV- do casal XVII quanto pelo indivíduo HIV+ da díade XVIII. O depoimento abaixo revela como a falta de confiança na relação entre o médico e o entrevistado prejudica a fluidez da conversa e do próprio tratamento, criando rusgas e descontentamentos de ambas às partes.

Você conversa com o médico sobre o que está acontecendo em termo de descobertas sobre a Aids?

Eu pergunto. Agora mesmo a doutora até assim foi um pouco grosseira comigo, porque ela teimou comigo. O medicamento que é o da geladeira estava vindo 80 comprimidos, aí ela disse: “a medicação, como é que está?”. Eu disse que o da geladeira ainda tem, ela disse: “como tem? Porque só são 30 comprimidos”; eu disse: “eles me davam o vidro inteiro, porque não podia violar os vidros pra tirar os 30 comprimidos. Agora me explica uma coisa, como é que uma pessoa vai tomar 80 comprimidos em 30 dias? Sendo um só comprimido por dia?”. Aí ela disse: “eu não sei? vou perguntar lá na farmácia”. Eu falei: “pode perguntar. Pode chamar o hospital todinho”.
(HOMEM HIV+, CASAL XVIII)

Neste ponto, é provável que a desconfiança da médica referida acima esteja associada a uma desqualificação social do indivíduo quando este assume o papel de doente, uma vez que ela preferiu supor que o entrevistado estava mentindo (ou omitindo) sobre a medicação, a confiar, ou por como uma hipótese verdadeira o que foi dito.

Tendo em vista que o tratamento da Aids, e sobretudo a abordagem dos casais sorodiscordantes, exige certa negociação entre o médico e o usuário do serviço de saúde – devido a intervenção nos aspectos íntimos e habituais dos indivíduos, mais ainda, em decorrência da necessidade de gestão (por vezes individual, por outras do par) dos medicamentos e do risco de transmissão do HIV –, o reconhecimento da experiência subjetiva das pessoas que convivem com o HIV/Aids é fulcral para o desenvolvimento de uma relação dialógica e aberta entre os profissionais de saúde e os indivíduos em questão.

A Aids exige um modelo de atendimento que esvazie a ideia de passividade atribuída às pessoas assistidas, por isso, fala-se mais em usuários do que de pacientes. As próprias inconsistências científicas sobre o real motivo que fez com que os parceiros que mantiveram durante longos períodos relações sexuais sem proteção com pessoas HIV+ não fossem contaminados acaba por questionar a autonomia moral dos profissionais de saúde; abrindo precedentes para explicações baseadas na experiência conjugal, em crenças espirituais, ou em fantasias sobre autoimunização.

A desconsideração dos sentidos particulares conferidos a diferença sorológica, o desconhecimento sobre os hábitos, o contexto e a real situação vivenciada pelo usuário pode fazer com que este elabore um discurso vazio que diz apenas o que o profissional quer ouvir. Respondendo a pretensão médica de intervir em sua intimidade, a mulher HIV+ do casal XI desautoriza o poder do profissional de saúde para tal tarefa através da expressão “ele não era ninguém pra chegar e contar às preocupações”, e a um só tempo revela como a falta de empatia e de confiança pode produzir falsos discursos.

Por que você mudou de médico?

Porque eu achava que ele fazia muita pergunta, ficava com umas perguntas bestas, aí eu peguei e mudei pra ela, no dia que eu vim pra ele, que ele não veio, eu vim umas três vezes pra ele, aí depois eu botei na minha cabeça pra sair e fui pra essa doutora, num quis mais voltar pra ele não, eu num quero mais não.

O que é que ele tanto pergunta assim, que ele fazia que você se irritasse?

Que ele fazia as perguntas pra eu tomar o remédio direito, que ele achava que eu só vivia no hospital porque eu não tomava o remédio direito, mas ninguém sabia da preocupação e também eu não ia chegar e que ele não era ninguém pra chegar e contar às preocupações que eu vivia passando porque de vez em quando marcando consulta, retorno, exame marcada, desmarcava essas coisas, aí ele achava que eu não tomava a medicação direito, realmente eu num tomava, mas eu não dizia pra ele qual era a preocupação, só eu que sabia que eu estava passando.

(MULHER HIV+, CASAL XI)

É interessante como da mesma maneira que alguns profissionais desesubjetivam e igualam a convivência dos casais sorodiscordantes através de processos de normatização do enfrentamento da Aids (como a adaptação de todos ao uso do preservativo, como o uso da medicação independente das reações, etc.), a entrevistada também reproduz em suas falas modelos estandardizados de gestão do HIV/Aids – mesmo que estes não correspondam às suas práticas: “realmente eu não tomava, mas não dizia a ele qual era a preocupação”.

A singularidade da situação de sorodiscordância é que do mesmo modo que ela exige que as estratégias do serviço de saúde considerem o casal (KNAUTH, 2003), os dois sujeitos da relação, igualmente ela deve atentar para a subjetividade de cada parceiro e de suas experiências com as novas circunstâncias. Dessa forma, os serviços de saúde devem estar abertos a captação dos significados atribuídos a diferença sorológica pelo casal e das particularidades do seu contexto sócio-econômico e cultural, os quais podem enredar a sorodiscordância como mais uma dificuldade, “nem sempre a mais importante” (PERRUSI; FRANCH, et.al, 2010, p.6), dentre tantas outras vivenciadas pela díade em seu cotidiano, conforme dito no relato da mulher HIV+ do casal: “ninguém sabe das minhas preocupações [...] só eu sabia o que eu estava passando”.

Neste ponto, em um cenário no qual as dificuldades, a pobreza, e até a trajetória conjugal englobam a diferença sorológica em uma teia de relações mais complexas, as mudanças advindas após a descoberta da diferença sorológica podem extrapolar as imagens sociais da Aids e os discursos médicos sobre o risco (KNAUTH, 2003) que construíram-se a partir de uma perspectiva negativa sobre a convivência com o HIV e revelar que a situação de sorodiscordância também pode ser produtora de positivities; conforme foi dito no relato abaixo:

Depois do momento inicial de descoberta do diagnóstico como ficou a vida de vocês?

Ficou melhor, com certeza. Ele está mais atencioso comigo. Se preocupa muito comigo agora, com relação a tudo (alimentação, medicação, se eu to tomando no horário certo). Ele está super preocupado comigo, e sempre me acompanha em todo lugar que eu vou. Não me deixa sair sozinha pra lugar nenhum.

Antigamente não era assim?

Não. Não. Era mais um pouco desligado. Não era muito, mas era um pouco.

Vocês deram a volta por cima?

É. Ele até diz a mim assim, que foi melhor pra ele, é assim, uniu ele mais a mim. Ele disse pra mim assim: “você pensa que foi isso, mas pra mim foi melhor porque uniu a gente mais ainda”. Graças a Deus, É Deus mesmo.

(MULHER HIV+, CASAL IX)

Ao assumir o papel de cuidador, o parceiro HIV- contribuiu para a redefinição da dinâmica conjugal, fazendo com que a diferença sorológica que *a priori* tinha causado temor revelasse a face positiva que estar por trás do tratamento e da gestão do risco. Certamente, o companheirismo trazido pela solidariedade conjugal revela que as estratégias acionadas pelos

sujeitos na administração da sorodiscordância podem ser sobrepor a percepção de flagelo que é imputada socialmente às pessoas que convivem com o HIV/Aids.

Atuando em uma esfera da vida conjugal distinta da encontrada na díade IX, as mudanças trazidas pela nova situação sorológica para o histórico familiar de pobreza do casal IV – com a ausência de condições básicas de sobrevivência – fizeram com que a mulher HIV+ significasse a soropositividade como uma benção divina, uma resposta ao seu pedido de socorro diante das dificuldades financeiras:

Porque eu dizia: “Ai Jesus me ajuda, me dá um jeito de eu ter um dinheiro”. E foi logo quando eu adoeci, quando eu saí do hospital, já saí com toda a documentação pra dar entrada no auxílio doença. E foi conseguido.

Eu pedia sempre a Deus assim: “Jesus me ajuda, me dá”. Porque eu sou assim, eu me acho uma pessoa muito enrolada assim pra arrumar um emprego, por exemplo. Aí eu dizia: “Ai Jesus me dá um jeito de ganhar o meu dinheiro. Eu só não quero vender o que não deve.” Mas eu queria ter um dinheiro pra comprar minhas coisas, comprar roupa, comprar coisa básica, porque o dinheiro que eu recebia não dava nem pra gente se sustentar. Aí foi quando Jesus deu esse. E saiu dois meses. Dei entrada num mês, aí no outro mês não saiu, aí com dois meses saiu. Aí foi quando eu comecei a vender minhas coisinhas e me movimentar. Aí pronto.

Porque somos cinco irmãos. A gente passou fome, e eu não queria isso pros meus filhos. Eu sempre pedia a Deus: “Jesus não deixa”. Eu via ele desempregado. Ele se empregou quando eu fiquei grávida, mas quando o menino nasceu, aí desempregou. Aí eu ficava sempre conversando com Deus, pedindo a Deus que não deixasse, me desse um jeito de ajudar ele, que não precisasse eu fazer coisas erradas, que a gente nunca fez, Graças a Deus somos cinco irmãos, fomos pobres, mas a gente nunca, não somos ricos, mas somos gente de bem. E é isso.

Você conseguiu mais algum tipo de benefício?

A gente lutou muito pelo Passe Legal, o passe livre, e a gente ganhou. Foi muita reunião. A gente aqui da Missão (ONG), foi muita reunião, muita carreata e a gente conseguiu.

E você participa tranquila?

Vou, vou na Missão. Quando liga dizendo tem isso, isso, eu vou. É um direito da gente. Quando têm essas coisas eu gosto. Estou dentro. Eu vou!

(MULHER HIV+, CASAL IV)

O temor que a Aids causa na sociedade mais ampla e a negatividade que as alterações poderiam trazer para a vida da pessoa portadora do HIV assumem o avesso dessa imagem depreciativa quando visto pela ótica de quem, por vezes, não tinha nem o que comer e que após o diagnóstico foi incluso em uma rede de benefícios sociais (auxílio doença, passe livre

em transportes na área metropolitana, dentre outros). As dificuldades de acesso a certos serviços públicos e a precariedade das condições de subsistência foram revertidas após a descoberta da soropositividade, o que por sua vez foi percebido pela entrevistada como uma situação convenientemente reestruturadora do cotidiano da díade.

Muito embora para o casal VII a descoberta da soropositiva tenha sido um choque e ambos reconheçam que a sorodiscordância para o HIV/Aids não seja uma situação desejada, os depoimentos dos parceiros demonstram como o novo *status* sorológico trouxe algumas facilidades para as condições financeiras e de moradia do casal:

Essa casa que vocês moram é própria?

É própria.

Vocês se inscreveram em algum órgão?

Foi na CEAP. Eu tinha esse direito há tempo, mas tinham tirado meu nome, aí ela se inscreveu e conseguiu.

Há quanto tempo o senhor se inscreveu pra ter essa casa?

Eu, demorou muito tempo, quatro anos, mas ela não, com o benefício dela, ela conseguiu essa casa.

A gente morava num quartinho.

E, além disso, teve alguma outra coisa do governo, do estado, do município?

Ela tem o benefício, ela conseguiu.

(HOMEM HIV-, CASAL VII)

Como é na instituição (ONG Missão Nova Esperança)?

O trabalho aqui pra mim está ótimo. Agora assim, eu gosto de fazer curso, de aprender coisa nova, porque eu sou louca por artesanato. Gosto muito de aprender essas coisas, porque assim, se no caso eu não tenho como trabalhar, mas com o artesanato que eu fizesse eu ganho um dinheiro extra, entendeu? Pra ajudar em casa, porque você sabe que a gente pega o benefício, tem esse dinheiro, mas não é tudo. Não dá.

(MULHER HIV+, CASAL VII)

Em verdade, tudo nos leva a crer que as novas circunstâncias produziram processos de inclusão social, tanto para a díade IV quanto para a VII, que variam em sua extensão e em seus efeitos para a vida conjugal de cada casal. Entretanto, para ambos os pares, a conquista do auxílio-doença melhorou a renda familiar e a participação na rede de apoio da ONG Missão Esperança inseriu as entrevistadas em uma série de lutas pelo exercício da cidadania das pessoas HIV.

O que os relatos acima nos indicam é que não basta analisar a situação de sorodiscordância apenas a partir da problemática do risco de contaminação do parceiro HIV e nem perceber as mudanças a partir dos impactos desta para a vida sexual, amorosa e parental

do par, mas devemos atentar também para as situações específicas, para as influências das novas relações tecidas, para os novos mecanismos que vinculam redes de apoio, cidadania, casais sorodiscordantes e processos de inclusão social.

Afinal, a situação de sorodiscordância se insere em um contexto mais amplo do que a história social da Aids e o tratamento das pessoas infectadas pelo HIV, por isso, as mudanças não se expressam por meio de um modelo simplista marcado pelas intervenções penosas ao cotidiano do casal, mas por processos intersubjetivos e sociais que podem se desdobrar em múltiplas facetas, sejam do ponto de vista da lógica interna do par, sejam na suas relações com as redes sociais.

Considerações Finais

Após trilharmos todas essas páginas discutindo as configurações conjugais dos pares sorodiscordantes para o HIV/Aids, é chegado o momento de examinar brevemente o que o nosso material empírico impõe ao estudo da conjugalidade e às respostas teóricas-práticas ao HIV/Aids.

Assim, do ponto de vista do exercício reflexivo sobre o objeto estudado, uma das questões apontadas pelas experiências conjugais dos sujeitos investigados é que a construção dos projetos diádicos e a convivência com o HIV/Aids se desenvolvem através de entrecruzamentos entre os fatores externos e internos à vida conjugal, o que significa dizer que a conjugalidade sorodiscordante não pode ser tomada como uma categoria analítica autônoma, desvinculada das redes de sociabilidades e do contexto sociocultural, médico e representacional do HIV/Aids na qual ela está envolta. Inclusive, a diversidade de representações e lógicas de ação sobre a temática trouxe a necessidade de utilizarmos vários aportes teóricos, cuja utilidade foi a de permitir uma melhor apreensão do conjunto de problemas trazidos à baila pelo nosso objeto de estudo.

A complexidade da situação de sorodiscordância nos levou à busca de um caminho analítico que reconhecesse a dimensão relacional da conjugalidade dos casais estudados. Com isso, fizeram-se necessárias aproximações com os diferentes campos de estudos, como o da saúde, o das relações de gênero e o da sexualidade. O que, por um lado, foi enriquecedor do ponto de vista da investigação dos sentidos e das experiências conjugais e sociais dos parceiros sorodiscordantes, e de outro modo, mostrou-se arriscado para os domínios específicos da dinâmica conjugal dos pares sorodiferentes, pois a densidade e abrangência das distintas temáticas tornaram-se um imenso desafio, tendo vista as particularidades e extensões inerentes a cada área de estudo.

Com efeito, no que se refere ao caminho da teorização, a percepção inicial que tínhamos do casal enquanto “unidade”, caracterizada pela fusão entre os sujeitos do relacionamento, mostrou-se bastante inconsistente, uma vez que as situações de “duplo vínculo” (BATESON, 1998), a “desconfiança velada” e os diferentes sentidos atribuídos pelos parceiros à diferença sorológica demonstraram que, para alguns casais, a conjugalidade também pode se configurar através de alteridades, ou seja, por meio de diferenciações que constroem o casal através da irredutibilidade dos sujeitos à simbiose no arranjo conjugal.

As discussões contemporâneas sobre a conjugalidade comumente associam a diferenciação entre os papéis sociais dos parceiros a um modelo de relacionamento

hierárquico no qual as distinções tradicionalmente são denominadas como geradoras de assimetrias entre os cônjuges. Em verdade, as dinâmicas sorodiscordantes nos conduziram para além desta explicação reducionista centrada em um esquema dualista que divide as interpretações sobre a conjugalidade em dois modelos conjugais, a saber, o igualitário e o hierárquico. O material empírico revelou que no campo prático, as diferenças sejam de gênero, sejam sorológicas, são bem mais nuançadas do que as oposições que sugerem um ideal conjugal hierárquico presente nas camadas populares e um posicionamento individualista das camadas médias e altas.

A coexistência na lógica interna de casais estudados de valores e práticas que estariam assentados em dois universos distintos, isto é, em diferentes situações de classe, podem ser percebidas nas múltiplas facetas assumidas pela sorodiscordância, com configurações diádicas que vão desde as relações de solidariedade conjugal, com o cuidado reordenando os papéis de gênero dos cônjuges, às ameaças ao poder masculino no relacionamento e hierarquias decorrentes do *status* sorológico asseverando desigualdades de gênero.

Se a solidariedade conjugal haveria aproximado o homem HIV- do domínio usualmente conferido a mulher – ou seja, o cuidado –, bem como teria fundamentado divisões sexuais do trabalho doméstico mais igualitárias, por outro lado, a soropositividade feminina agravou, para algumas mulheres, a situação de menor poder no relacionamento. Entretanto, o sentimento de inferioridade do sujeito HIV+ em relação ao parceiro(a) não ocorreu apenas nos casos em que a mulher é o indivíduo HIV+ do relacionamento, haja vista que, os homens HIV+ entrevistados igualmente relataram desconforto e sensação de desqualificação da sua virilidade diante da parceira HIV- e dos demais indivíduos da sociedade.

Deste modo, a experiência dos casais investigados nos indica que não existe um modelo conjugal sorodiscordante. Muito embora tenham sido verificadas aproximações entre as formas de administração das diferenças, da mesma maneira foram percebidas dissonâncias quanto ao sentido que a sorodiscordância assume na relação e as implicações desta para as configurações internas e externas ao casal. Diferentemente do que se poderia pressupor, exceto na fase de liminaridade (TURNER, 1974), nem todos os casais vivem em função da diferença sorológica, e sim, convivem com ela.

Neste ponto, embora não se possa alegar que a sorodiscordância não tenha alterado os relacionamentos dos sujeitos entrevistados, igualmente não seria pertinente afirmar que esta se tornou um problema para todos os pares, uma vez que, para aqueles que decidiram pelo

“esquecimento” da diferença sorológica e para os indivíduos que produziram positividade diante da convivência com o HIV/Aids, a nova situação não se tornou um elemento central para o projeto conjugal.

As distintas formas de administrar a diferença sorológica nos dizem que, diferentemente do tratamento antirretroviral, não existe uma receita para conviver com o HIV/Aids. Talvez seja por tal assertiva que as estratégias de enfrentamento à doença esbarrem nas práticas e nas dinâmicas cotidianas dos sujeitos, já que o mesmo olhar racionalizado que orienta as intervenções também esvazia a experiência com o vírus, trazendo como resposta para o risco de contaminação do parceiro HIV- o velho ideário iluminista que coloca o indivíduo como um ser capaz de controlar o futuro.

A negociação do risco de contaminação engloba sentimentos, medos, desejos e prazeres que vão muito além do domínio racional da vida pelo intelecto. Nesse sentido, supõe-se que seja pela descon sideração da premissa de Mauss (2000) que nos adverte que a conduta social (ou melhor, no caso, sexual) é a cultura em seu sentido prático, que comumente os profissionais e os programas de saúde se deparam com problemas quanto ao controle efetivo da epidemia.

A sorodiscordância exige o cultivo detalhado da interioridade, do cuidado com os corpos, com o uso dos medicamentos pelo indivíduo HIV-, assim como deflagra transformações na vida sexual do casal. A lógica de intimidade que reflete a proximidade entre os parceiros e abole algumas regras de comportamentos é reorganizada, de modo que o contato sexual, por vezes, causa constrangimentos – com suas limitações e métodos de prevenção.

Além do mais, ao ser invadida pelos profissionais de saúde, a intimidade diádica é alvo de outras problematizações. Logo, os casais reagem através da utilização de dois instrumentos de conservação da relação íntima: para uns, sonegar informações, ou lançar mão do discurso politicamente correto sobre a administração do risco, são formas de não ameaçar a intimidade dos cônjuges e assegurar maior autonomia quanto à vida sexual; para outros, construir uma relação de confiança com estes profissionais, de modo a garantir a qualidade íntima do relacionamento, pode ser uma saída.

Nos casos em que se constrói uma relação de confiança entre os profissionais do serviço e os usuários, é provável que se fomente redes de apoio para as pessoas atendidas. Porém, os mesmos relatos que afirmam a eficácia destes grupos de ajuda para a cotidianidade

conjugal, também demonstraram a necessidade de criação de redes de apoio – ou a inclusão nas já existentes – para o parceiro HIV- do sexo masculino, na medida em que estes homens se veem diante de um cenário feminilizado, como no caso do SAE Materno-Infantil do Hospital Universitário Lauro Wanderley, ou encontra uma diminuta presença de homens nas atividades das ONG's frequentadas pelas parceiras.

A ausência de redes de apoio para o parceiro HIV- nos remeteu a duas questões: a primeira é a urgência de ressignificação das estratégias e do imaginário sobre os homens heterossexuais no contexto do HIV/Aids, pois a situação de sorodiscordância em que a mulher é a parceira HIV+ da relação apresenta o homem como um sujeito vulnerável, e não como o agente condutor do vírus. A segunda questão diz respeito à centralização do atendimento na pessoa HIV+, quer dizer, ainda carecemos de uma estratégia específica para os casais sorodiscordantes que seja menos apoiada no evento nosológico e mais focada no reconhecimento da experiência do par como alvo de atenção.

A problemática a ser enfrentada pelo “Departamento Nacional de Combate à Aids e Hepatites Virais” quanto à sorodiscordância é incluir a díade na assistência à saúde, o que em termos lógicos envolve não apenas a preocupação com o risco de contaminação do membro soronegativo, mas com a qualidade de vida do casal. As condições que afetam a convivência com o HIV são de ordem cognitiva, comportamental e social (AYRES, JÚNIOR, CALAZANS & FILHO, 1999); logo, o papel dos valores, dos recursos e dos sentimentos conjugais são de suma importância para a resposta dada ao HIV e à Aids.

Os olhares dos programas e de alguns profissionais de saúde centralizados na normatização de práticas, sem considerar os interesses e motivações das condutas, nem tampouco o significado atribuído ao HIV/Aids, podem resultar em um descompasso entre o modo como a convivência com o HIV é apreendida pelos serviços de saúde e a forma como é experimentada pelos casais com sorologias distintas para o HIV. Se a produção historicamente construída de negatividades sobre o “ser” soropositivo – a vivência com o HIV *per si* – não for neutralizada no âmbito da saúde, isso pode redundar em comentários ou atendimentos preconceituosos. O julgamento revestido de estigma sobre a condição social das pessoas atendidas nos serviços e a sua suposta (in)capacidade de interpretação das informações, ou o entendimento de que as pessoas soropositivas são ameaças sociais, podem estar no centro da omissão de informações e do desrespeito aos direitos dos pacientes.

Neste ponto, concordamos com Ayres et. al (1999) quando afirma que a convivência com o HIV/Aids exige uma profunda revisão dos significados e práticas que orientam as políticas de intervenção, uma vez que as estratégias de enfrentamento da doença devem levar em conta a experiência subjetiva e social da diferença sorológica, bem como a influência das mudanças comportamentais – em um universo permeado pelo risco, pelo estigma e pelo silêncio – para o modo como os indivíduos administram a sorodiscordância.

Por fim, este trabalho nos indica que é preciso avançar ainda mais na investigação da conjugalidade sorodiscordante para o HIV/Aids, tendo em vista que as limitações metodológicas citadas no primeiro capítulo, os recortes de gênero e de classe acabaram por diminuir o alcance interpretativo do objeto estudado.

Nesse sentido, como as mulheres soropositivas tiveram maior presença no universo pesquisado, tem-se em certa medida um olhar feminino sobre a experiência da pessoa HIV+ no relacionamento sorodiscordante. E de outra maneira, circunscreve-se a convivência com o vírus às condições e ao estilo de vida dos indivíduos de camadas populares. Assim, acreditamos que este trabalho pode ser um ponto de partida para se pensar a diferença sorológica, um estímulo para ampliar o escopo da temática, para se alçar novos voos em outros contextos que incluam, quiçá, a diáde homossexual, os sujeitos de camadas sociais médias e altas, e a experiência masculina enquanto o parceiro HIV+ da relação.

BIBLIOGRAFIA

ADAM, P.; HERZLICH, C. **Sociologia da doença e da medicina**. São Paulo: Edusc, 2001.

ADAMS, J. **Risco**. São Paulo: Editora Senac São Paulo, 2009.

ADORNO, R. C. F. Identidade e exclusão. IN: REGINA, M. B; RICHARD P. (Org) **Sexualidade pelo Avesso; Direitos, identidades e Poder**. Rio de Janeiro. IMS/UERJ; São Paulo, Ed. 34, 1999: pp. 89-97.

ANDOLFI, M. et. al (orgs). **O Casal em Crise**. São Paulo: Summus, 1995.

AMORIM, C. M; SZAPIRO, A. M. **Analizando a problemática do risco em casais que vivem em situação de sorodiscordância**. *Ciência e Saúde coletiva*, Rio de Janeiro. v 13. nº. 6. nov./ dez. 2008.

ARCHER, Mt. **Culture and Agency: The Place of Culture in Social Theory**. Cambridge, UK, Cambridge University Press, 1988.

AYRES, J.; FRANÇA Jr, I.; CALAZANS, G.; SALETTI FILHO, H. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids. In: REGINA, M. B; RICHARD P. (Org) **Sexualidades pelo Avesso: Direitos, Identidades e Poder**. São Paulo: Editora 34/Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1999: pp. 49-72.

ARIÉS, P. **História Social da Criança e da Família**. Rio de Janeiro: LTC, 2011.

BATESON, G. **Pasos hacia una ecología de la mente: uma aproximación revolucionaria a la autocomprensión Del hombre**. Editorial Lohlé-Lumen, Argentina, 1998.

BATESON, G. **Naven**. Editora Edusp, São Paulo, 2006.

BARBOSA, M.B; VILLELA, W.V; e UZIEL, A.P. **Entre a vontade e a necessidade: negociação sexual em tempos de Aids**. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Vol. 5, nº 1, 1995.

BARBOSA, R.M.; PARKER, R. (eds) **Sexualidades pelo Avesso: Direitos, Identidades e Poder**. São Paulo: Editora 34/Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1999.

BARBOSA, R.M. Negociação sexual ou sexo negociado? Poder, gênero e sexualidade em tempos de Aids. In: REGINA, M. B; RICHARD P. **Sexualidades pelo Avesso: Direitos, Identidades e Poder**. São Paulo: Editora 34/Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1999: pp. 73-88.

BASTOS, F. **Aids na terceira década**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.

BECK, U. **Sociedade de Risco**: rumo a uma outra modernidade. São Paulo, Ed: 34, 2010.

BOLETIM AIDS — CASOS DE AIDS ACUMULADOS ESTADO DA PARAÍBA — SINANW, Versão 5.2 — Governo do Estado da Paraíba: Secretaria de Estado da Saúde, Coordenação de Vigilância Epidemiológica, Núcleo de Controle DST/Aids, 2005.

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO - AIDS E DST. Ano VII, nº I, Ministério da Saúde - Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, 2010.

BOLTANSKI, L. **As classes sociais e o corpo**. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

BOTT, E. **Família e Rede Social**. Rio de Janeiro: F. Alves, 1976.

BOURDIEU, P. **A Dominação Masculina**. 4ª Ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2005.

BOURDIEU, P. **A Economia das Trocas Simbólicas**. Algés: Difel, 1998.

BOZON, M. **Sociologia da sexualidade**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2004.

BUTLER, J. **O parentesco é sempre tido como heterossexual?** Cadernos PAGU 21, Olhares alternativos. Campinas: Unicamp, 2003.

BUTLER, J. “Inversões sexuais”. In: Izabel C. PASSOS, F (Org.). **Poder, normalização e violência: incursões foucaultianas para a atualidade**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2008: pp. 91-108.

_____. **Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade**. 2º Edição. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira Ed., 2008.

CANTALICE, T. **O melhor do Brasil é o brasileiro!** Corpo, identidade, desejo e poder. Sexualidad, Salud y Sociedad Revista Latinoamericana. n.7, 2011: pp.69-102. Disponível em: www.sexualidadsaludysociedad.org. Acesso em: 20 de agosto de 2011.

CARVALHO, A. **Estigma**: um estudo sobre a percepção e a sociabilidade dos portadores de HIV/AIDS. Monografia, UFPB/CCHLA, João Pessoa, 2009.

CARVALHO, S.R.; GASTALDO, D. **Promoção à saúde e empoderamento**: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. Ciência & Saúde Coletiva, 13(Sup 2), 2008, pp: 2029-2040.

CECCIM, R; PALOMBINI, A. Imagens da Infância, Devir-criança e Uma Formulação à Educação do Cuidado. In: MAIA, M. S (Org). **Por Uma Ética do Cuidado**. Rio de Janeiro, Garamond, 2009: pp. 155-184.

COSTA, A. A Fábula de Higino em Ser e Tempo: das relações entre cuidado, mortalidade e angústia. In: MAIA, M. S (Org). **Por Uma Ética do Cuidado**. Rio de Janeiro, Garamond, 2009: pp. 29-52.

CUNHA, J. Aproximando ou separando a cor: a combinação racial da união determina a prevenção? In: HEILBORN, M. L et. al (Orgs). **Sexualidade, Reprodução e Saúde**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2009: pp. 419-443.

DIAS, A; PEIXOTO, C. Jovens Baianos: conjugalidades, separações e relações familiares. In: HEILBORN, M. L et. al (Orgs) **Sexualidade, Reprodução e Saúde**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2009: pp. 123-143.

DIRETÓRIO DOS GRUPOS DE PESQUISA NO BRASIL. Censo 2002.

DUARTE, L.F. **A sexualidade nas ciências sociais : leitura crítica das convenções**. In : Sexualidade : o olhar das ciências sociais/ Maria Luiza Heilborn (org.). Rio de Janeiro : Jorge Zahar, 1999: pp. 21-30.

DUMONT, L. **O individualismo: uma perspectiva antropológica da ideologia moderna**. Rio de Janeiro: Rocco, 1985.

DURKHEIM, É. **Sociologia e Filosofia**. São Paulo: Editora Forense, 1975.

_____. **Da divisão do trabalho social**. 2ª.ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

ENGELS, Friedrich. **A origem da família, da propriedade privada e do Estado**. 13 ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1995.

ESCOFFIER, J. Introdução. In: GAGNON, J. H. **Uma interpretação do desejo: ensaios sobre o estudo da sexualidade**. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

ELIAS, N.; SCOTSON, J. L.; **Os estabelecidos e os outsiders: sociologia das relações de poder a partir de uma comunidade**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar , 2000.

FIGUEIREDO, L. As Diversas Faces do Cuidar: considerações sobre a clínica e a cultura. In: MAIA, M. S (Org). **Por Uma Ética do Cuidado**. Rio de Janeiro, Garamond, 2009: pp. 121-140.

FERES JÚNIOR, João e EISENBERG, José (2006), **Dormindo com o inimigo: uma crítica ao conceito de confiança**. Dados – Revista de Ciências Sociais, v.49, n.3, p.547-481.

FONSECA, C. **Caminhos da adoção**. São Paulo: Cortez, 2002.

FONSECA, C. **Apresentação - de família, reprodução e parentesco: algumas considerações**. Cad. Pagu [online]. 2007, nº 29, pp. 9-35. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-83332007000200002>. Acessado em 08 de agosto de 2010.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade 3: O cuidado de si**. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

_____. **História da sexualidade 2: o uso dos prazeres**. Rio de Janeiro Jorge Zahar, 1994.

_____. **Historia da Sexualidade 1: A vontade de saber**. Rio de Janeiro. 19ª Ed, Edições Graal, 2009.

FRANCH, M. Três histórias – Tempo, juventude e gênero em contextos de exclusão social. IN: SOUZA, M.F (Org). **Desigualdade de gênero na Brasil: novas ideias e práticas antigas**. Belo Horizonte: Argumentum, 2010.

FRANCH, M; PERUSSI, A, ARAÚJO, F, SILVA, L (Orgs). **Novas Abordagens para Casais Sorodiferentes**. João Pessoa: GRUPESSC/Manufatura, 2001.

FRANCH, M; PERUSSI, A. A sorodiscordância em João Pessoa: conjugalidade e atendimento aos casais. In: FRANCH,M; PERRUSI, A.; ARAÚJO, F; SILVA, L. **Novas Abordagens para Casais Sorodiferentes**. João Pessoa: GRUPESSC/Manufatura, 2001: pp. 51-69.

FREYRE, G.. **Casa Grande & Senzala**. Rio de Janeiro: José Olympio Editora, 1975.

FUKUYAMA, F. **Trust: The Social Virtues and the Creation of Prosperity**. New York: Free Press, 2002.

GAGNON, J. H. **Uma interpretação do desejo**. Ensaios sobre o estudo da sexualidade. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

GALEFFI, D. A. **O que é isto — a fenomenologia de Husserl?** Feira de Santana: Ideação, n.5, p.13-36, jan./jun. 2000.

GALVÃO, J. **AIDS no Brasil: A agenda de construção de uma epidemia**. Rio de Janeiro. Ed.34/ABIA, 2000.

VAN GENNEP, A. **Os ritos de passagem** (Apresentação de Roberto da Matta). Petrópolis: Vozes, 1978.

GIACOMOZZI, A. **Casamento e Aids: uma questão de confiança**. São Paulo: Mackenzie, 2006.

GIDDENS, A. **A transformação da intimidade**. São Paulo: UNESP, 1993.

_____. **As conseqüências da modernidade**. 1ª ed. São Paulo: UNESP, 1991.

GODELIER, M. ¿Qué es um acto sexual? www.cholonautas.edu.pe. Biblioteca Virtual de Ciencias Sociales. Acesso: 12 de dez de 2008.

GOFFMAN, E. **A Representação do Eu na Vida Cotidiana**. Petrópolis, Ed. Vozes. (1975).

_____. **Estigma**: Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada. Rio de Janeiro. 4ed, Ed LTC, 1988.

GOODE, W. **The theoretical importance of love**. American Sociological Review, 1959.

GOODY, J. O amor roubado: europeus reivindicam as emoções. In: GOODY, J. **O Roubo da História**. São Paulo, Ed. Contexto, 2008.

GROSSI, M ; UZIEL, A. P ; MELLO, L.(Orgs.). **Conjugualidades, parentalidades e identidades lésbicas, gays e travestis**. Rio de Janeiro: Garamond, 2007.

GUILLEBAUD, J.C. **A tirania do prazer**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1999.

GUIMARÃES, C, D. “Mas Eu Conheço Ele”: um método de prevenção do HIV/AIDS. In: PARKER, R. et. al (Orgs) **Quebrando o Silêncio: Mulheres e AIDS no Brasil**. Rio de Janeiro: ABIA/IMS-UERJ/Editora Relume-Dumará, 1995: pp. 169-179.

HAREVEN, T. **Novas imagens do envelhecimento e construção social do curso da vida**. Cadernos Pagu, 13, 1999, pp. 11-35.

HEILBORN, M.; GOUVEIA, P. “Marido é tudo igual”: mulheres populares e sexualidade no contexto da Aids. In: BARBOSA, R.M.; PARKER, R. (orgs.) **Sexualidades pelo Averso: Direitos, Identidades e Poder**. São Paulo: Editora 34/Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1999.

HEILBORN, M. L. Antropologia e Saúde: considerações éticas e conciliação multidisciplinar. In: VÍCTORA, C; OLIVEN, R; MACIEL, M; & ORO, P. (Orgs).**Antropologia e Ética: o debate atual no Brasil/ Niterói: EDUFF, 2004.**

HEILBORN, M.L. **Dois é par. Gênero e identidade sexual em contexto igualitário**. Rio de Janeiro: Editora Garamond, 2004.

HEILBORN, M. et. al (Orgs). **Aprendizado da Sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros**. Rio de Janeiro: Garamond e Fiocruz, 2006.

HEILBORN, M; et al (Orgs). **Sexualidade, Reprodução e Saúde**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2009.

HEILBORN, M.; AQUINO, E.; BARBOSA, R.; BASTOS, F.; BERQUÓ, E.; RODHEN,F (Orgs). **As múltiplas facetas da pesquisa em sexualidades, gênero, reprodução e saúde**. In: Sexualidade, Reprodução e Saúde. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2009.

HEILBORN, M.; CORDEIRO, F; MENEZES, R. **Desafios e Vicissitudes da Pesquisa Social**. In: Sexualidade, Reprodução e Saúde/ Maria Luiza Heilborn et.al (orgs). Rio de Janeiro: Editora FGV, 2009: pp. 33-55.

KAUFMANN, Jean-Claude. **Sociologie du couple**. Paris : PUF, 1993.

KNAUTH, D.; VÍCTORA, C.; & LEAL, O. **A banalização da Aids**. Horizontes Antropológicos, Porto Alegre, Ano 4, nº. 9, 1998: pp. 171-202.

KNAUTH, D.R. **Subjetividade feminina e soropositividade**. In: BARBOSA, R.M.; PARKER, R. (orgs) Sexualidades pelo Averso: Direitos, Identidades e Poder. São Paulo: Editora 34/Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1999.

KNAUTH, D.R. A 'sorodiscordância': questões conceituais e projetos em andamento – Comentários. In: MAKSUD, I.; TERTO Jr., V; PIMENTA, M.C.; PARKER, R. (Orgs.). **Conjugalidade e AIDS**: a questão da sorodiscordância e os serviços de saúde. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS, 2003.

KNAUTH, Daniela Riva et al. **Cultura médica e decisões reprodutivas entre mulheres infectadas pelo vírus da Aids**. Interface (Botucatu) [online]. 2002, vol.6, n.11, pp. 39-54.

KNAUTH, D ; HEILBORN, M ; BOZON, M ; AQUINO, E. Sexualidade juvenil : aportes para as Políticas Públicas. In: HEILBORN, M. L. [et al.] (Orgs) **Aprendizado da Sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros/**. Rio de Janeiro: Garamond e Fiocruz, 2006: pp. 399-415.

KUPERMANN,D. Figuras do Cuidado na Contemporaneidade : testemunho, hospitalidade e empatia. In: MAIA, M. S. (Org). **Por Uma Ética do Cuidado**. Rio de Janeiro, Garamond, 2009: pp. 185-206.

LAQUEUR, T. **Inventando o sexo**: corpo e gênero dos gregos a Freud. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001.

LEMOES, J. **Estratégias de comunicação preventiva na MTV Brasil** : reconstruindo significados para a Aids. In: Sexualidade, Reprodução e Saúde. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2009.

LIMA, S.R. Comentários. In: FRANCH, M; PERRUSI, A.; ARAÚJO, F; SILVA, L. (Orgs) **Novas Abordagens para Casais Sorodiferentes**. João Pessoa: GRUPESSC/Editora Manufatura, 2011: pp. 111-116.

LOURO, G. L. **Teoria queer**: uma política pós-identitária para educação. Revista de Estudos Feministas, v.2, 2001.

LOURO, G. Pedagogias da sexualidade. In: LOURO, G. (org.) **O corpo educado**: pedagogias da sexualidade. Belo Horizonte: Autêntica, 1999.

LOYOLA, M. A. Sexo e Sexualidade na Antropologia. In: LOYOLA, M. A. (Org.) **A sexualidade nas Ciências Humanas**. Rio de Janeiro: EDUERJ, 1998: pp.17- 47.

LOYOLA, M. A. Sexualidade como objeto de estudo das ciências humanas. In: HEILBORN, M. L. (Org.) **Sexualidade: o olhar das ciências sociais/**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1999.

LUHMANN, N.. **Confianza**. México: Universidad Iberoamericana, 1996.

_____. **Sociologia del Riesgo**. 3ª Edicion español. México: Universidad Iberoamericana, 2006.

MAIA, M, S (org). **Por Uma Ética do Cuidado**. Rio de Janeiro, Garamond, 2009.

MACHADO, L.Z. **Perspectivas em Confronto: relações de gênero ou patriarcado contemporâneo?** Brasília, Série Antropologia, 2000: pp. 01-20.

MACLENNAN, J. F. **Primitive Marriage: an Inquiry Into the Origin of the Form of Capture in Mariage Ceremonies**. Chicago, The University of Chicago Press, 1970.

MANE, P; AGGLETON, P. Gênero e poder: comunicação, negociação e preservativo feminino. In: BARBOSA, R.M, PARKER, R (Orgs). **Sexualidades pelo Averso: Direitos, Identidades e Poder**. São Paulo: Editora 34/Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1999: pp. 215-228.

MARCASSA, L. **Resumo do livro: A origem da família, da propriedade privada e do Estado – Friedrich Engels**. Disponível em: <http://sare.unianhanguera.edu.br/index.php/reduc/article/viewFile/202/200>. Acesso em: 29 de setembro de 2011.

MADUREIRA, V. S. F; TRENTINI, M. **Relações de poder na vida conjugal e prevenção da AIDS**. Revista Brasileira Enfermagem. 2008, vol.61, n.5, pp. 637-642.

MAKSUD, I.; TERTO Jr., V.; PIMENTA, M.C.; PARKER, R. (orgs.). **Conjugalidade e AIDS: a questão da sorodiscordância e os serviços de saúde**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS, 2003.

MAKSUD, I. **Casais sorodiscordantes: conjugalidade, práticas sexuais e HIV/Aids**. Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

MAKSUD, I. HIV/Aids, Intervenção e Pesquisa: um debate sobre métodos a partir da sorodiscordância. In: FRANCH,M; PERRUSI, A.; ARAÚJO, F; SILVA, L. (Orgs) **Novas Abordagens para Casais Sorodiferentes**. João Pessoa: GRUPESSC/Editora Manufatura, 2011.

MALDONADO, S. C. **Breve incursão pela sociologia do segredo**. Política & Trabalho, n 15, p. 217 -220. Setembro de 1999.

MAUSS, M.. **Sociologia e Antropologia**. São Paulo: Cosac & Naify, 2003.

MELLUCI, A. **Por uma Sociologia Reflexiva**: pesquisa qualitativa e cultura. Rio de Janeiro: Vozes, 2005.

MERQUIOR, M. **Converso, Logo Existo: reflexões sobre a conversa como instrumento de humanização da saúde**. In: MAIA, M. S. (Org). Por Uma Ética do Cuidado. Rio de Janeiro, Garamond, 2009: pp. 285-306.

MOORE, H. **Fantasia de poder e fantasia de identidade**: gênero, raça e violência. Cadernos Pagu (14) 2000: pp. 13-44.

MORGAN, L. **A Sociedade Primitiva**. Lisboa, Editora Presença, 1974.

OLAVARRÍA, J. **Desejo, Prazer e Poder: questões em torno da masculinidade heterossexual**. In: BARBOSA, R.M, PARKER,R (Orgs). Sexualidades pelo Averso: Direitos, Identidades e Poder. São Paulo: Editora 34: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1999: pp. 153-174.

OLTRAMARI, L. C; CAMARGO, B. V. **AIDS, relações conjugais e confiança**: um estudo sobre representações sociais. Revista Psicologia em Estudo, 2010, vol.15, n.2, pp. 275-283. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v15n2/a06v15n2.pdf>. Acesso em: 13 de junho de 2010.

OLTRAMARI, Leandro Castro and OTTO, Liliane Schuch. **Conjugalidade e AIDS: um estudo sobre infecção entre casais**. Revista de Psicologia & Sociedade, 2006, vol.18, n.3, pp. 55-61. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822006000300008. Acesso em: 14 de junho de 2010.

OLTRAMARI, Leandro Castro. **Aids e casamento: o risco nos laços da conjugalidade**. Revista de Psicologia em Estudo, 2005, vol.10, n.2, pp. 325-326. ISSN 1413-7372. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722005000200020. Acesso em 20 de junho de 2010.

ORTNER, Sherry. **Entonces, ¿ Es La mujer al homem lo que La naturaleza a la cultura?**. AIBR, Revista de Antropologia Iberoamericana. Disponível em:<www.aibr.org>. Ed. Eletrônica. Vol. 1, nº 1, janeiro-fevereiro, 2006: pp. 12-21. Acesso em: 27 de outubro de 2011.

PAIVA, V. **Cenas Sexuais, Roteiros de Gênero e Sujeito Sexual**. In: Sexualidades pelo Averso: Direitos, Identidades e Poder/ BARBOSA, R.M, PARKER,R (Orgs). São Paulo: Editora 34/Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1999: pp. 249-269.

PARKER, R. **Na contramão da AIDS**: sexualidade, intervenção, política. Rio de Janeiro,

Editora 34/ABIA, 2000.

PARKER, R.; CAMARGO, K. R. Pobreza e HIV/ AIDS: **Aspectos antropológicos e sociológicos**. *Cadernos de Saúde Pública*, 16(Sup. 1), 2000: pp. 89-102.

PARKER, R.; GALVÃO, J. **Quebrando o Silêncio: Mulheres e AIDS no Brasil**. Rio de Janeiro: ABIA/IMS-UERJ/Editora Relume-Dumará, 1995.

PASSARELL, C. **Imagens da sorodiscordância**. In: *Conjugalidade e AIDS: a questão da sorodiscordância e os serviços de saúde/* MAKSUD, I.; TERTO Jr., V.; PIMENTA, M.C.; PARKER, R. (orgs). Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS, 2003: pp. 45-48.

PERRUSI, Artur, FRANCH, Mônica. **Casais soro-discordantes no estado da Paraíba: reflexões a respeito da negociação de risco**. In: XIV Congresso Brasileiro de Sociologia, 2009, Rio de Janeiro (RJ). Publicações do XIV Congresso Brasileiro de Sociologia, 2009.

PETCHESKY, R. *Direitos Sexuais: Um Novo Conceito na Prática Política Internacional*. In: BARBOSA, R. & PARKER, R. (orgs.) **Sexualidades pelo Averso: direitos, Identidades e Poder**. São Paulo: Editora 34, 1999: pp. 15-38.

PISCITELLI, A. **Re-criando a (categoria) mulher?**. *Cadernos Pagu*, Campinas, 2001.

PLASTINO, C. A Dimensão Constitutiva do Cuidar. In: MAIA, M. S (Org). **Por Uma Ética do Cuidado**. Rio de Janeiro, Garamond, 2009, pp. 53-88.

POLEJACK, L.. **Convivendo com a diferença: dinâmica relacional de casais sorodiscordantes para HIV/AIDS**. [Dissertação] Brasília (DF): Instituto de Psicologia/UNB, 2001.

POLEJACK, L. Pesquisa e Avaliação da Dinâmica Relacional de Casais Sorodiferentes. In: FRANCH, M; PERUSSI, A, ARAÚJO, F, SILVA, L (Orgs). **Novas Abordagens para Casais Sorodiferentes**. João Pessoa: GRUPESSC/Editora Manufatura, 2011: pp. 17-27.

RAXACH, J. Modelo Hierárquico de Prevenção de DST/Aids para Diferentes Tipos de Práticas Sexuais. In: FRANCH, M; PERUSSI, A, ARAÚJO, F, SILVA, L (Orgs). **Novas Abordagens para Casais Sorodiferentes**. João Pessoa: GRUPESSC/Editora Manufatura, 2011: pp. 105-110.

RAMOS, S; GOGNA, M. Crenças leigas, Estereótipos de Gênero e Prevenção de DSTs. In: BARBOSA, R.M, PARKER, R (Orgs). **Sexualidades pelo Averso: Direitos, Identidades e Poder**. São Paulo: Editora 34/Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1999: pp. 229-248.

REIS, R. K.; GIR, E. **Dificuldades enfrentadas pelos parceiros sorodiscordantes ao HIV na manutenção do sexo seguro**. *Revista Latino-americana de Enfermagem*. 2005. janeiro-fevereiro: 13(1):32-7.

RELATÓRIO TÉCNICO PARCIAL – PROJETO DE PESQUISA: **Casais sorodiscordantes no Estado da Paraíba: Subjetividade, Práticas sexuais e negociação de risco**. PERRUSI, A; FRANCH, M; ARAÚJO, F & SILVA, L. GRUPESSC – UFPB. Data de Abrangência 30/07/2008 a 31/03/2009, Mimeografado.

RELATÓRIO TÉCNICO FINAL – PROJETO DE PESQUISA: **Casais sorodiscordantes no Estado da Paraíba: Subjetividade, Práticas sexuais e negociação de risco**. PERRUSI, A; FRANCH, M; ARAÚJO, F & SILVA, L. GRUPESSC – UFPB. Data de Abrangência 30/07/2008 a 31/12/2010, Mimeografado.

RELATÓRIOS DINÂMICOS DE INDICADORES MUNICIPAIS. Disponível em: <http://www.portalodm.com.br/relatorios/pb/joao-pessoa#>. Acesso em 12 de agosto de 2010.

RIOS, L. **Desafios para o futuro e novas estratégias de intervenção**. In: BRASIL. Novos desafios da prevenção da epidemia pelo HIV/AIDS junto aos homens que fazem sexo com homens. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

RODHEN, F. **Gênero, sexualidade e saúde em perspectiva: notas para discussão**. In: Sexualidade, Reprodução e Saúde/ Maria Luiza Heilborn et al. (orgs). Rio de Janeiro: Editora FGV, 2009: pp. 23-32.

ROSSI, A. **Demanda e barreiras para o acesso a serviços de reprodução assistida para pessoas vivendo com HIV no Brasil: perspectivas de gestores, profissionais e usuários**. Tese de Doutorado, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2010.

ROSSI, A. Planejamento da Reprodução entre Casais Sorodiscordantes. In: FRANCH, M; PERUSSI, A, ARAÚJO, F, SILVA, L (Orgs). **Novas Abordagens para Casais Sorodiferentes**. João Pessoa: GRUPESSC/Manufatura, 2001: pp. 127-150.

SALEM, T. **O casal grávido: disposições e dilemas da parceria igualitária**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.

_____. **Tensões entre gêneros na classe popular: uma discussão com o paradigma holista**. Revista Mana, 12(2), 419-447, 2006.

SARTI, C. **A família como espelho: um estudo sobre a moral dos pobres**. Campinas: Ed. Autores Associados, 1996.

SANTOS, C. O; IRIART, J. A. B. **Significados e práticas associados ao risco de contrair HIV nos roteiros sexuais de mulheres de um bairro popular de Salvador, Bahia, Brasil**. Cad. Saúde Pública [online]. 2007, vol.23, n.12, pp. 2896-2905. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v14n35/aop2210.pdf>. Acesso em 20 de janeiro de 2012.

SCOTT, R. **A Etnografia da Família de Camadas Médias e dos Pobres urbanos: trabalho, poder e inversão do Público e do Privado**. In: SCOTT, P. (Org). Pesquisando Gênero e Família. 1996: pp. 142-160.

SEGALEN, M. **Sociologia da família**. Lisboa: Terramar, 1996.

SILVA, L.O **A conjugalidade sorodiscordante: a negociação do risco entre casais sorodiscordantes de HIV.** IX EPG, São Paulo: Universidade do Vale do Paraíba, 2009.

SILVA, N. E; ALVARENGA, A. AYRES, J.R. **Aids e gravidez: os sentidos do risco e o desafio do cuidado.** Rev. Saúde Pública [online]. 2006, vol.40, n.3, pp. 474-481. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n3/16.pdf>. Acesso em: 23 de janeiro de 2012.

SILVA, L.A.; IRIART, J. A. **Práticas e sentidos do barebacking entre homens que vivem com HIV e fazem sexo com homens.** Revista Interface Comunicação, Saúde e Educação, 2010.

SILVA, N. K.; COUTO, M. T. **Sorodiscordância para o HIV e decisão de ter filhos: entre risco e estigma social.** In: Sexualidade, Reprodução e Saúde/Maria Luiza Heilborn. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2009: pp.75-96.

SILVA, A.M. & CAMARGO Jr. K. R. **A invisibilidade da sorodiscordância na atenção às pessoas com HIV/AIDS.** Revista Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro,0097/2009.

SIMMEL, G. **O Segredo.** MALDONADO, S. (trad.) In: Revista Política & Trabalho/Paulo de Tarso Medeiros et. al (org). 1999, n 15: pp. 221 -225.

_____. **A sociologia do segredo e das sociedades secretas.** MALDONADO, S. (trad.) In: Revista de Ciências Humanas, Florianópolis, EDUFSC, v. 43, nº1, p. 219-242. Abril de 2009.

_____. **Fidelidade e Gratidão e outros textos.** Lisboa, Ed. Relógios D'água. 2004.

SINGLY, F. **Livres Juntos: o individualismo na vida comum.** Lisboa, Ed. Dom Quixote, 2000.

_____. **Sociologia da Família Contemporânea.** Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.

STRAUSS, L. **As estruturas elementares do parentesco.** Rio de Janeiro, Ed. Vozes, 1976.

STRATHERN, M. **Necessidade de Pais, Necessidade de Mães.** Revista estudos Feministas, Ano 3, nº 2, 1995: pp.303-329.

SZPACENKOPT, M. Igualdade e reconhecimento: premissas para uma ética do cuidado. COSTA, In: MAIA, M. S (Org). **Por Uma Ética do Cuidado.** Rio de Janeiro: Garamond, 2009: pp. 141-154.

TORRES, A. **Casar? Por que não? Práticas e perspectivas de jovens portugueses sobre o casamento e a família.** In: Jovens em Mudança. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa, 1996.

TORRES, A. **Casamento:** conversa a duas vozes e em três andamentos. *Análise Social*, vol. XXXVII (163), 2002, p. 569-602.

_____. **Casamento:** tempos, centramentos, gerações e gênero. Caderno CRH, Salvador,

V. 17, n. 42, p. 341-512, Set./Dez. 2004.

_____. **O amor e ciências sociais.** In: Travessias: Revista de Ciências Sociais e Humanas em Língua Portuguesa/Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais, Lisboa, 2004, pp:16-45.

TURNER, V. **O processo ritual:** Estrutura e Antiestrutura. Petrópolis – RJ: Ed. Vozes, 1974.

VANCE, C. **A Antropologia redescobre a sexualidade: um comentário teórico.** In: Physis: revista de saúde coletiva. V. 5, n.º 1. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/Relume-Dumará, 1995.

VAITSMAN, J. **Desigualdades Sociais e Particularismo na Sociedade Brasileira.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 18(Suplemento), 2002: pp. 37-46.

VAITSMAN, J. **Hierarquia de Gênero e Iniquidade em Saúde.** Physis Revista de Saúde Coletiva, Vol. 4, n.º.1, 1994.

VIANNA, F. J. de Oliveira. **Instituições Políticas Brasileiras.** 2º vol., Rio de Janeiro: José Olympio, 1955.

VILLELA, W. Prevenção do HIV/Aids, Gênero e Sexualidade: um desafio para os serviços de saúde. In: BARBOSA, R.M, PARKER,R (Orgs). **Sexualidades pelo Averso: Direitos, Identidades e Poder.** São Paulo: Editora 34/Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1999: pp. 199-213.

WEBER, M. **Classe, Estamento e Partido.** In: Ensaios de Sociologia. RJ: Editora LTC, 1982.

WEISSBERG, R. **The politics of empowerment.** Westport: Praeger Publishers, 1999.

WITTIG, M. **“Ninguém Nasce Mulher”.** Publicado em “Mulheres Rebeldes”. Disponível em: <<http://mulheresrebeldes.blogspot.com.br/2009/04/ninguem-nasce-mulher.html>>. Acesso em: 15 de dezembro de 2011.

WILLI, J. **A Construção Diádica da Realidade.** In: O Casal em Crise/ Maurizio Andolfi et. al (orgs). São Paulo: Summus, 1995.

APÊNDICE I

ROTEIRO PRELIMINAR PARA O PARCEIRO SOROPositIVO

Local de realização da entrevista:
Unidade de saúde em que é atendido:
Data:

1. Informações sócio-demográficas

Nome:
Sexo:
Idade:
Local de moradia:
Ocupação:
Escolaridade:
Renda aproximada:
Parceria:
No de filhos:

2. Descoberta da soropositividade

Vamos voltar um pouco no tempo e falar sobre o início do HIV/AIDS em sua trajetória. Desde quando o (a) senhor (a) sabe que é soropositivo? Como descobriu que era soropositivo? Fez o teste? Por quê? Como foi o atendimento no serviço – quem revelou, quem conversou com você, o que você achou do atendimento? Sabe como adquiriu o vírus?

Tinha conhecimentos sobre o HIV/AIDS antes de se saber soropositivo? Que conhecimentos eram esses e como os adquiriu?

Quem lhe informou sobre sua soropositividade? Poderia falar um pouco sobre esse momento?

O que pensou ao receber o diagnóstico de soropositividade? Como foi sua reação?

Receber o diagnóstico de soropositividade alterou alguma coisa na sua vida? Se sim, o que e por quê?

O senhor (a) tinha, no momento da realização do teste, algum (a) parceiro (a)? Poderia falar um pouco sobre essa relação? Informou ao parceiro/a? Quando e como? Como foi a reação dele/a?

Essa pessoa também fez o teste? Por quê? (Se sim, de quem partiu a sugestão do teste e por quê)

Vocês ainda mantêm algum tipo de relação? Como é essa relação?

3. Vida afetivo-sexual

Atualmente o (a) senhor (a) se relaciona conjugalmente com alguém? De que forma?

Como, quando e aonde conheceu seu atual parceiro(a)?

Como define sua relação com seu parceiro (a)? O que representa o (a) seu (sua) parceiro (a) em sua vida?

Conheceu seu parceiro (a) antes ou depois do diagnóstico de soropositividade?

Como seu parceiro ficou sabendo de sua soropositividade? (Caso se trate de um parceiro diferente do primeiro)

Como foi contar para essa pessoa sobre o vírus? (Caso se aplique)

Qual foi a reação do seu (sua) parceiro (a) ao saber de sua soropositividade?

Seu parceiro (a) sabe a “verdade” sobre a aquisição do vírus?

O relacionamento mudou após o diagnóstico? Se sim, em que e por quê? Confiança? Fidelidade?

O que representa namorar alguém que tenha uma sorologia diferente da sua?

O HIV mudou alguma coisa em seu relacionamento sexual? Caso sim, o quê? A medicação tem alguma interferência nessa área?

Que tipos de carinho o senhor (a) gosta de receber e fazer quando namora? Faz isso com seu parceiro?

O senhor (a) e seu (sua) parceiro (a) beijam na boca?

O senhor (a) e seu (sua) parceiro (a) fazem sexo? Poderia descrever que tipo de contatos sexuais vocês têm? Praticam sexo oral? Praticam sexo anal?

O que mais gosta de fazer com seu (sua) parceiro (a)?

O senhor (a) acha que pode transmitir o HIV ao seu (sua) parceiro? De que modo e por quê?

Há alguma prática sexual da qual o senhor (a) goste mas evite por receio da transmissão do vírus?

O senhor (a) já sentiu medo de alguma situação? Poderia comentar?

O senhor faz uso de drogas? (no caso de transmissão por drogas)

O que o senhor (a) acha do uso de preservativos?

O senhor (a) e seu (sua) parceiro (a) usam preservativos? Caso sim: Em todas as relações?

O senhor (a) e seu (sua) parceiro utilizavam preservativo antes do diagnóstico da soropositividade? Por quê? Se não, como foi passar a usar a camisinha?

O senhor (a) e sua (seu) parceiro (a) já deixaram de usar preservativo alguma vez? Quando e por quê? Que tipo de relação era (relação sexual vaginal, anal, oral)?

O senhor (a) tem outros relacionamentos afetivo-sexuais? Se sim, o que representa a soropositividade? Utiliza preservativo nessas relações? Poderia falar sobre?

O que acha do fato de pessoas soropositivas terem filhos?

O senhor (a) tem filhos com seu parceiro (a) atual? Planeja ter?

4. Cotidiano, família e HIV/AIDS

De uma maneira geral, como é conviver no cotidiano com o HIV? O HIV/AIDS trouxe algum tipo de mudança em sua vida? Poderia falar sobre isso?

Com quem o senhor (a) mora atualmente?

Quem na sua casa sabe de sua soropositividade? Como e por que contou para essas pessoas?

E o restante da sua família, quem sabe de sua soropositividade?

O senhor (a) tem amigos? Quem são eles? (círculo de sociabilidade)

Esses amigos sabem de sua soropositividade? Por quê?

No seu trabalho, alguém sabe que o (a) senhor (a) é soropositivo (a)? Desde quando e por quê?

Que locais o senhor (a) frequenta, além do trabalho? (lazer e circuitos de sociabilidade)

Família e amigos sabem que o senhor (a) tem um parceiro (a)? Eles sabem que seu parceiro (a) tem sorologia negativa para o HIV?

O que eles acham do seu envolvimento com essa pessoa?

Como é a sua relação com a família do seu parceiro?

A família do seu parceiro soronegativo sabe que o senhor (a) é soropositivo? Se sim, como ficaram sabendo? Alguma vez eles já teceram comentários sobre esse fato? Poderia falar um pouco sobre isso?

Alguma vez o senhor (a) e seu (sua) parceiro (a) pensaram em romper a relação com seu (sua) parceiro (a) por conta do HIV/AIDS? (Caso sim, de quem partiu a intenção e por quê?)

Tem alguma religião? Freqüente? Já tinha antes de saber do diagnóstico ou se converteu depois? Eles sabem da sua soropositividade? Como foi contar? Recebe algum apoio? Já participou de algum culto/missa/ritual de cura?

O senhor tem planos para o futuro? Poderia falar sobre?

5. Cuidados e serviços de saúde (percepção do membro soropositivo)

O HIV/Aids trouxe algum tipo de mudança em seus cuidados com a saúde – alimentação, hábitos de higiene,...? Poderia falar sobre isso?

Poderia falar, de forma resumida, sobre o que representa a rotina de consultas, exames e medicamentos em sua vida?

Quais são as instituições/serviços de saúde que freqüenta? Que serviços oferecem? Com quem ocorre o atendimento – tipo de profissional (médico, enfermeiro, psicólogo, etc.)? Com que freqüência você vai a esses serviços? O que acha do atendimento? Tem alguma coisa que você mudaria?

Você vai ao atendimento sozinho ou com alguém? Alguma vez já foi com seu parceiro/a? Para que? Como foi?

O senhor(a) procura informação sobre HIV/Aids? Onde? Pesquisa na Internet? Participa de alguma comunidade virtual?

Alguma vez já fez terapia, análise ou freqüentou alguma espécie de grupo de apoio para pessoas soropositivas? Poderia me falar sobre?

Tem conhecimento que existem organizações que trabalham na luta contra a AIDS? O que acha delas? Já pensou em procurar alguma? Por que?

Gostaria de falar algo mais e fazer considerações sobre essa entrevista?

APÊNDICE II

ROTEIRO PRELIMINAR PARA O PARCEIRO SORONEGATIVO

Local de realização da entrevista:

Data:

1. Informações sócio-demográficas

Nome:

Sexo:

Idade:

Local de moradia:

Ocupação:

Escolaridade:

Renda aproximada:

Parceria:

No de filhos:

2. O recebimento da notícia da soropositividade do parceiro

Como, quando e aonde conheceu seu atual parceiro(a)?

Como define sua relação com seu parceiro (a)? (tipo de vínculo)

Conheceu seu parceiro (a) antes ou depois do diagnóstico de soropositividade?

Como ficou sabendo de sua soropositividade de seu parceiro (a)?

Qual foi sua reação ao saber da soropositividade de seu parceiro (a)?

O que sabe sobre a soropositividade de seu parceiro (a)?

Tinha conhecimentos sobre o HIV/AIDS antes de saber que seu (sua) parceiro (a) é soropositivo (a)? Que conhecimentos eram esses e como os adquiriu?

O que pensou ao receber o diagnóstico de soropositividade do seu parceiro? Como foi sua reação?

Receber o diagnóstico de soropositividade de seu parceiro (a) alterou alguma coisa na sua vida? Se sim, o que e por quê?

Alguma vez o senhor (a) pensou que seu parceiro (a) poderia ter o vírus HIV?

E quanto a você?

Alguma vez o senhor (a) fez o teste? Por quê? (Se sim, de quem partiu a sugestão do teste e por quê) E após a revelação? Faz o teste? Com qual frequência? Como é fazer o teste?

O que representa o (a) seu (sua) parceiro (a) em sua vida?

O relacionamento mudou após o diagnóstico? Se sim, em que e por quê? Confiança? Reciprocidade? (Caso se aplique)

O que representa namorar alguém que tenha uma sorologia diferente da sua? O HIV mudou alguma coisa em seu relacionamento sexual? Caso sim, o quê?

Que tipo de carinho o senhor (a) gosta de receber e fazer quando namora?
Faz isso com seu parceiro?

O senhor (a) e seu (sua) parceiro (a) beijam na boca?

O senhor (a) e seu (sua) parceiro (a) fazem sexo? Poderia descrever que tipo de contatos sexuais vocês têm? Sexo oral? Sexo anal?

O que mais gosta de fazer com seu (sua) parceiro (a)?

O senhor (a) acha que pode adquirir o HIV do seu (sua) parceiro? De que modo e por quê?

Há alguma prática sexual da qual o senhor (a) goste mas evite por receio da transmissão do vírus?

O senhor (a) já sentiu medo de alguma situação? Poderia comentar?

O senhor faz uso de drogas?

O que o senhor (a) acha do uso de preservativos? (em caso de transmissão)

O senhor (a) e seu (sua) parceiro (a) usam preservativos? Caso sim: Em todas as relações?

O senhor (a) e seu (sua) parceiro utilizavam preservativo antes do diagnóstico da soropositividade? Por quê? Se não, como foi passar a usar a camisinha?

O senhor (a) e sua (seu) parceiro (a) já deixaram de usar preservativo alguma vez? Quando e por quê? Que tipo de relação era (relação sexual vaginal, anal, oral)?

O senhor (a) tem outros relacionamentos afetivo-sexuais? Utiliza preservativo nessas relações? Poderia falar sobre?

O que acha do fato de pessoas soropositivas terem filhos?

O senhor (a) tem filhos com seu parceiro (a) atual? Planeja ter?

4. Cotidiano, família e HIV/AIDS

Com quem o senhor (a) mora atualmente?

Quem na sua casa sabe da soropositividade de seu (sua) parceiro (a)? Como e por que contou para essas pessoas?

E o restante da sua família, quem sabe da soropositividade de seu (sua) parceiro (a)?

De uma maneira geral, como é conviver no cotidiano com alguém que é portador do vírus HIV?

Você participa da rotina de consultas, exames e medicamentos de seu (sua) parceiro (a)? Como?

O senhor (a) tem amigos? Quem são eles? (círculo de sociabilidade)

Esses amigos sabem da soropositividade de seu (sua) parceiro (a)? Por quê?

O que eles acham do seu envolvimento com essa pessoa?

Como é a sua relação com a família do seu parceiro?

Alguma vez o senhor (a) e seu (sua) parceiro (a) pensaram em romper a relação por conta do HIV/AIDS? (Caso sim, de quem partiu a intenção e por quê?)

Qual é sua religião? Mudou depois do diagnóstico de seu parceiro?

O senhor tem planos para o futuro? Poderia falar sobre isso?

5. Cuidados e serviços de saúde (percepção do soronegativo)

O HIV/Aids de seu parceiro(a) trouxe algum tipo de mudança em seus cuidados com a saúde – alimentação, hábitos de higiene,...? Poderia falar sobre isso?

Como você convive com a rotina de consultas, exames e medicamentos na vida de seu parceiro(a)?

Você é ou já foi atendida em instituições ou serviços de saúde a respeito da soropositividade de seu parceiro(a)? (Caso se aplique) Que tipo de atendimento? Com que frequência? Com quem ocorre – tipo de profissional (médico, enfermeiro, psicólogo, etc.)? O que acha do atendimento? Tem alguma coisa que você mudaria?

O senhor(a) procura informação sobre HIV/Aids? Onde? Pesquisa na Internet? Participa de alguma comunidade virtual?

O que acha sobre terapia, análise ou grupos de apoio para pessoas soropositivas? Você poderia me falar sobre?

Tem conhecimento que existem organizações que trabalham na luta contra a AIDS? O que acha delas? Por quê?

Gostaria de falar algo mais e fazer considerações sobre essa entrevista?

APÊNDICE III

ROTEIRO DE PERGUNTAS PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Percurso do portador ao chegar ao serviço

Com quem é o seu primeiro contato? Com a assistente social, psicólogo ou com o infectologista?

Já chega com o diagnóstico? De onde vem?

Caso seja dado o diagnóstico no hospital, por quem é dado?

Há um treinamento específico ao atendimento do HIV? Os profissionais passam por reciclagem?

Existem portadores que apenas pegam a medicação e fazem tratamento em outro lugar?

Relação entre os pacientes e os profissionais de saúde

Qual o perfil dos portadores (socioeconômico, conjugal, gênero, idade)?

Você pode descrever como são as relações entre os pacientes e os profissionais de saúde aqui no serviço?

Há um acompanhamento com a família do portador?

É comum a presença dos parceiros na consulta dos pacientes soropositivos?

O que você acha dos casais sorodiscordantes para o HIV?

Existem resistências quanto ao uso de medicamentos?

Aparecem casais sorodiscordantes em busca de informações sobre a reprodução?

Funcionamento do serviço de saúde

Como funciona o serviço? Há distribuição de camisinhas?

Existe interação entre os profissionais das diferentes áreas de atuação?

Há interligação com outros serviços do Hospital ou todo o acompanhamento é feito especificamente no mesmo setor, exemplo: o serviço de psicologia, nutrição, ambulatorial e outros são feitos no mesmo local ou há um encaminhamento a outro setor?

Há algum tipo de acompanhamento domiciliar ou não?

Há alguma ligação (convênio) com os PSFs ou outros setores como ONGs? Se houver é de que tipo?

Há algum tipo de dificuldade em relação à estrutura, pessoal e acesso por parte dos usuários?

APÊNDICE IV



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA

CONSENTIMENTO INFORMADO

Equipe de Pesquisa: Artur Perrusi (Professor do Dpto de Ciências Sociais/UFPB)
Mônica Franch (Professora do Dpto. de Ciências Sociais/UFPB)
Maria de Fátima Araújo (Professora do Dpto. de Ciências Sociais/UFPB)
Madiana Rodrigues (Pesquisadora Récem-Doutor do Museu Nacional/UFRJ)
Luziana Marques da Fonseca Silva (doutoranda do PPGS/UFPB)

A pesquisa “Casais soro-discordantes no Estado da Paraíba: subjetividade, práticas sexuais e negociação de risco” está sendo desenvolvida pelos pesquisadores Artur Perrusi, Mônica Franch, Fátima Araújo e Madiana Rodrigues, no âmbito do Departamento de Ciências Sociais da Universidade Federal da Paraíba. O estudo é financiado pelo Ministério da Saúde, através do Programa Nacional de DST/Aids.

Trata-se de um estudo sócio-antropológico para conhecer a experiência de homens e mulheres soropositivos para o HIV que tenham relacionamentos estáveis com pessoas soronegativas para o HIV, e vice-versa.

Sua participação nesta pesquisa é inteiramente voluntária, e consiste em uma entrevista gravada, com duração variável de uma a duas horas, na qual são realizadas perguntas que não expõem o entrevistado a nenhum risco. As perguntas versam sobre soropositividade, conjugalidade, sexualidade, o atendimento nos serviços de saúde e também relação com a família e amigos. Algumas vezes as perguntas poderão ser íntimas, mas esclarecemos que somente os pesquisadores terão acesso às entrevistas, e que a sua identidade será preservada, ou seja, suas declarações não serão identificadas.

Seu (sua) parceiro (a) também será entrevistado (a), mas sob nenhuma hipótese revelarei suas respostas ou farei comentários sobre a sua entrevista, e vice-versa.

Agradecemos pela sua participação nessa pesquisa! As informações que você pode dar servirão de base para a elaboração de recomendações para a Secretaria Estadual de Saúde, e de materiais de divulgação voltados aos serviços de saúde, ONG e usuários, e poderão assim ser úteis para a melhoria das campanhas, programas e serviços voltados para a prevenção e assistência ao HIV/AIDS. Os resultados também serão amplamente divulgados através de artigos, apresentações em eventos acadêmicos e bibliotecas universitárias, bem como para as organizações que trabalham com prevenção ao HIV/AIDS.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou em qualquer momento. Os participantes podem, a qualquer momento, recusar-se a responder alguma questão ou desistir da entrevista.

Declaro estar ciente e que entendo os objetivos e condições de participação na pesquisa e aceito dela participar.

_____, ____ de _____ de 2008

Assinatura do entrevistado
Entrevistador

Assinatura do
Entrevistado

Endereço e telefones para contatos:

Artur Perrusi
Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes
Campus Universitário – Castelo Branco
João Pessoa
Telefone: 32167141
E-mail: aperrusi@uol.com.br

Comitê de Ética da Universidade Federal da Paraíba
Responsável: Eliane Marques de Sousa
Centro de Ciências Sociais da Saúde
Campus Universitário – Castelo Branco
João Pessoa
Telefone: 32167791

ANEXO I



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

CERTIDÃO

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou por unanimidade na 9ª Reunião Ordinária, realizada no dia 29-10-08, o projeto de pesquisa do (a) Interessado (a) Professor (a) Artur Fragoso de Albuquerque Perrusi, intitulado: "CASAS SORO-DISCORDANTES NO ESTADO DA PARAÍBA: SUBJETIVIDADE, PRÁTICAS SEXUAIS E NEGOCIAÇÃO DO RISCO". Protocolo nº. 0483.

Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à apresentação do resumo do estudo proposto à apresentação do Comitê.

Eliene Marques D. da Souza
Coordenadora - CEP-CCS-UFPB

ANEXO II



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS

CERTIDÃO Nº 0024/2008

CERTIFICO que o Colegiado Departamento de Ciências Sociais, em sua 148ª Reunião Ordinária, realizada no dia 11 de Setembro de 2008 aprovou, por unanimidade o projeto de pesquisa "Casais soro-discordantes no Estado da Paraíba: subjetividade, práticas sexuais e negociação do risco". Tal projeto recebeu financiamento da UNESCO/Ministério da Saúde para o desenvolvimento de estudos nas áreas de Sociologia e Antropologia da Saúde. É verdade, dou fé. Roberto César dos Santos Costa Chefe do Departamento de Ciências Sociais/CCHLA/UFPB. João Pessoa, 15 de setembro de 2008.