

CAPÍTULO 8

Parcerias, riscos e outras histórias: pensando a sorodiscordância para HIV/Aids no século XXI

Luziana Silva

Introdução

Neste capítulo, discutiremos a dinâmica conjugal sorodiscordante para o HIV/Aids diante das situações de risco. Inicialmente, articularemos empiricamente as relações entre a trajetória conjugal, o risco e a sorodiscordância com base nas análises dos dados da pesquisa doutoral (SILVA, 2012)¹² sobre casais sorodiscordantes heterossexuais, frequentadores dos serviços de saúde especializados em HIV/Aids situados em João Pessoa, na Paraíba. Em seguida, à luz dos relatos sobre a gestão do risco, realizaremos um intercruzamento entre os significados atribuídos à diferença sorológica (e o seu lugar) nas práticas sexuais e a recente proposta de implementação da PrEP (Profilaxia pré-exposição) como política de prevenção no Brasil. Discutiremos em que medida ela pode contemplar a vida de casais sorodiscordantes. Como fica o sexo, o prazer e a negociação sexual? Deve-se considerar que a pesquisa foi realizada entre os anos de 2008 e 2010, e que as mudanças no terreno da prevenção, decorrentes da descoberta da baixa transmissibilidade do vírus em situações de carga viral indetectável, não haviam acontecido, ou seja, era um cenário em que a única opção dada aos casais era o uso de preservativos nas relações sexuais.

Vale salientar que muito embora a pesquisa¹³ tenha sido realizada com 22 casais com sorologias diferentes para o HIV/Aids, percebeu-se claramente o recorte de gênero quanto às pessoas vivendo com HIV/Aids (PVHA). São 19 mulheres soropositivas, enquanto temos apenas 3 homens soropositivos compondo às díades. Acreditamos que essa constatação nos

¹² A tese de doutorado *Fazendo a diferença: as dinâmicas da conjugalidade sorodiscordante para o HIV/Aids* (SILVA, 2012) teve como base empírica os dados de uma pesquisa realizada pelos pesquisadores do Grupo de Pesquisa em Saúde, Sociedade e Cultura – Grupepsc/UFPB – da qual a autora participou. O estudo teve como objetivo a análise dos significados atribuídos à diferença sorológica pela díade, examinando os aspectos socioculturais e simbólicos que condicionam as práticas conjugais, sexuais, a negociação do risco e as relações sociais dos sujeitos sorodiscordantes.

¹³ Pesquisa realizada pelo GRUPESSC (da qual a tese – SILVA, 2012 – foi um desdobramento), intitulada “Casais sorodiscordantes no Estado da Paraíba: subjetividade, práticas sexuais e negociação do risco”, financiada pela Unesco e pelo Ministério da Saúde, coordenada por Artur Perrusi e Mônica Franch, e desenvolvida com a participação dos pesquisadores: Maria de Fátima Araújo e Luziana Marques da Fonseca Silva; estagiários: Átila Carvalho de Andrade, Clareana Viveiros, Lindaci Loyola, Arthur Guimarães, Luana Cunha e Juliana Nascimento; e consultores/colaboradores: Ivya Maksud, Madiana Rodrigues e Edson Peixoto. Um desdobramento da pesquisa é o projeto “Sorodiscordância em casais gays: conjugalidade, sexualidade e práticas de risco”, financiado pelo CNPq.

remete a algumas questões: uma, ao fato de que um dos serviços era especializado (SAE¹⁴-materno infantil) para o atendimento de gestantes e puérperas HIV+, bem como para as crianças em fase de testagem para a sorologia. Logo, o público da pesquisa neste serviço seria apenas de mulheres. A outra questão é que mesmo no serviço de referência do Complexo Hospitalar Clementino Fraga, onde o atendimento é destinado aos usuários em geral, as mulheres se mostraram mais disponíveis para o diálogo – aventa-se que possa estar relacionado a uma dificuldade do homem HIV+ em falar de sua sexualidade (sem ser com os seus camaradas) e ainda haver uma possível associação com imaginários de “grupos de risco” em que o indivíduo vivendo com HIV/Aids estaria associado à homossexualidade. Consideramos ainda a possível correlação entre a maior presença de mulheres soropositivas no grupo investigado ao perfil demonstrado nos boletins epidemiológicos dos últimos dez anos, em que se revela uma expressiva feminilização dos casos diagnosticados.

O recorte de gênero nos provoca a reflexão sobre a sorodiscordância a partir de diferenças não apenas sorológicas, mas de distintas visões de mundo, dos significados culturalmente enraizados e dos contextos sociais dos parceiros. 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. Nesse sentido, nos será útil pensar, tal qual Asha Persson (2015) fez em seu debate sobre a TASP¹⁵ (tratamento como prevenção), se a PrEP poderia desacoplar a sorodiscordância dos imaginários de uma relação ameaçadora, especulando sobre qual o lugar que a PrEP pode assumir nas hierarquias de gênero e nas negociações sexuais, e, enfim, avertando se ela contribuiria para esvaziar algumas percepções de alteridade entre os parceiros.

Significados em risco: a (dia)lógica conjugal¹⁶

Em termos conceituais, enquanto um empreendimento científico, a percepção de risco surge nas ciências biomédicas na esteira da problematização do “adoecimento de coletividades” (AYRES et. al., 2009), o que posteriormente foi tomado pela epidemiologia com suas tentativas de

¹⁴ SAE -Serviço de Atendimento Especializado, localizado no Hospital Universitário Lauro Wanderley.

¹⁵ Segundo às informações do site agência Aids: “A política de tratamento como prevenção é uma consequência da pesquisa considerada pela revista “Science” a descoberta científica de 2011. O estudo mostrou que pacientes com HIV adequadamente tratados, ou seja, com o vírus não detectável no sangue, transmitem 96% menos que os não tratados. O estudo Partner, divulgado em março desse ano, corrobora o princípio, pois não mostrou, em seus resultados preliminares, nenhum caso de transmissão entre casais sorodiscordantes, mesmo havendo relações sexuais sem o uso de preservativo”. Disponível em: <http://agenciaaids.com.br/home/noticias/volta_item/22531>. Acesso em: 1 mar. 2017.

¹⁶ Parte do debate aqui tecido já foi apresentado em Silva (2012).

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 quais 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 infecção pelo 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 uma pessoa poder se prevenir de algo, é necessário que ela tenha a capacidade cognitiva para pensar o futuro e fazer projetos, que acredite que tem um futuro assegurado no qual vale à pena investir (VILLELA, 1999, p. 206).

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 na base de trocas intersubjetivas e de práticas sexuais que não dizem essencialmente respeito à lógica do sexo dito seguro; isto é, a prática sexual não se orienta, necessariamente, pelo 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 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 uma interlocutora HIV+ 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 non* para as relações sexuais. Nas palavras do homem HIV-, “isso pra mim é como se eu fosse 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.

É por este motivo que discutimos a gestão do risco dos pares sorodiscordantes a partir das suas nuances, as quais vão da 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. Isto é, para tais díades, a conjugalidade se tornou um fator de risco *per se* (PERRUSI; FRANCH, et al., 2010).

Nas palavras do homem HIV-, “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 em que a nova situação o colocou, o interlocutor passou a se perceber como parte de um “grupo de risco”; o parceiro HIV- relata que a situação de sorodiscordância “mexe com o psicológico”, impelindo-o a usar constantemente o preservativo. A situação se mostrou mais tensa para os casais na fase de “liminaridade”¹⁷,

¹⁷ 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

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 de um interlocutor HIV- que passou a permear o exercício da sexualidade (mesmo com preservativo) pelo medo, o que consequentemente 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 nas formas de prazer e nos desejos, em razão das mudanças nos tipos de carícias e os interditos que o risco de infecção deflagra.

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-).

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. Como bem relata o interlocutor que vivia há sete anos com o HIV, 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 fluidos, já que o método preventivo para o entrevistado “não é natural. Acho que não satisfaz!” Convém assinalar que o interlocutor HIV+ 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, apareceram relatos em que se atribuiu ao preservativo um sentido simbólico, indo além da sua constituição plástica. Uma interlocutora que vivia com o HIV há um ano significou o preservativo como um sinal negativo da nova situação conjugal, sobretudo da sua condição de ameaça ao parceiro: “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”.

referencia a vida a dois e é lançada em um mundo desconhecido e indeterminado. O afastamento revelado nos relatos e a frieza denunciada pelo parceiro também foram encontrados nas pesquisas de Maksud (2007) e Franch e Perrusi (2010), e foram interpretados como uma fase de liminaridade.

O depoimento acima 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. Inclusive, é interessante como a vulnerabilidade do parceiro HIV+ em ter relações sexuais sem o preservativo não aparece na avaliação de risco do casal. 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: 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 atribuía aos parceiros ocasionava um distanciamento no casal, como se de tal modo quebrasse o companheirismo. Decerto, é a partir deste cenário que, por vezes, as conotações simbólicas ressignificam o uso do preservativo conferindo-lhe o papel de barreira para a cumplicidade do par.

Preservativo: “Porque aquilo ali é um sinalzinho que tem um problema”

De acordo com Ayres (2008), as políticas de saúde brasileiras relacionadas ao HIV/Aids têm sido fundamentadas em um tipo de “preventivismo” correlacionado à lógica de segurança, isto é, ao securitarismo, que desconsidera 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 biológico 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 relato de um homem HIV- que, mesmo com 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 interlocutor 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 proveito da história do casal. Isso significa dizer que as pessoas podem se envolver 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 HIV+ 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) 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.

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 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 de uma interlocutora HIV- 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 secundarizada por ela, enquanto que, por outro lado, o

seu parceiro HIV+, sentindo-se responsável pela proteção da parceira, nega-se a ter relações sem o preservativo:

***Pesquisadora?** Alguma vez vocês já deixaram de usar o preservativo depois que descobriram o vírus?*

***Interlocutora:** 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-).*

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, a dimensão situacional da negociação revela que embora, em alguns casos, o uso do preservativo faça parte do roteiro sexual (GAGNON, 2006), por vezes, no momento da relação sexual, a díade decide 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, ao menos momentaneamente, correr o risco e, como ele relata, “ser feliz”. Nessa reflexão sobre a camisinha deve-se ter em conta distintos elementos que podem estar envolvidos, quer sejam questões sensoriais ligada à troca de fluídos, ao contato pele com pele, quer às implicações trazidas pela exigência do uso contínuo do preservativo e a vontade de quebrar a rotina, ou até a excitação ligada à transgressão.

Do mesmo modo que se apresentou no relato anterior, outro casal, que também têm ciência das possíveis consequências dos seus atos, decidiu assumir o risco: “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 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, como vemos no relato desta entrevistada HIV+: “[...] passei a ter muito cuidado agora. A carga viral não está tão bem como antes eu tinha. Então, a gente tem muito cuidado”. Apropriando-se das informações dadas no serviço de saúde sobre a influência da carga viral na possibilidade de transmissão, o casal 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, à 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. Vale salientar que esse tipo de gestão do risco é anterior à divulgação dos resultados de pesquisas mais recentes que chamam atenção para a baixa probabilidade de transmissão dos vírus quando a carga está indetectável, o que levou, inclusive, à campanha “indetectável não transmite”, e que perpassa as novas diretrizes de Prevenção Combinada preconizada pelo Ministério da Saúde.

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, uma 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:

Pesquisadora: *E em relação às práticas sexuais, você disse que deixou de fazer alguns, por causa do quê?*

Interlocutora: *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+).

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+: “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 infecção do parceiro HIV- seja entendida como inerente ao casal, não raros foram os casos em que a pessoa vivendo com HIV 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+). 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 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 interlocutora HIV+ 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 interlocutoras, anatomicamente o preservativo feminino trazia desconforto, além ter como agravante o medo de usá-lo, pois como afirma a Mulher HIV-: “eu sempre acho que pode ‘engalhar’ lá por dentro”. Além do desconforto relatado com o uso do preservativo feminino, tem-se ainda questões como o seu alto custo e o difícil acesso como elementos que colaboram para a pouca familiarização com esse insumo.

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 um interlocutor HIV- 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, em entrevista (separada do parceiro), ela afirma que “estava tudo normal, mas eu não sinto mais aquele desejo. Não sei se é porque... 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 por causa da condição de pessoa HIV+, logo, ele faz uso do seu lugar na hierarquia do *status* sorológico sorodiscordante para impor o poder de decisão. Aqui, a diferença sorológica é percebida como descrédito, como elemento que coloca a pessoa soropositiva em relação de inferioridade diante do parceiro.

Outra mulher HIV+ 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 explicam Silva e Camargo Jr. (2009, p. 3), “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 e 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.

Pesquisadora: *E vocês mesmo depois de saber que ele não tinha pego vocês decidiram ter outro filho?*

Interlocutora: *Foi. A gente deixou de usar a camisinha pra ter o segundo filho. (Mulher HIV +)*

Ora, o que o depoimento selecionado endossa é que, assim como Silva e Couto (2009) verificaram em sua pesquisa sobre 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.

Interlocutor: Rapaz... A gente planejou muito para ter um filho.

Pesquisadora: 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?

Interlocutor: Rapaz, foi normal, eu não vou mentir. Eu vou falar a verdade, foi normal. Não usei preservativo nenhum.

Pesquisadora: Vocês conversaram antecipadamente com o médico?

Interlocutor: Eu já sabia de todo risco já. (Homem HIV-)

Ainda que o casal citado acima 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 dos profissionais de saúde 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 da 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 de ter filhos. O resultado desta dificuldade se apresenta por meio 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. Em outro relato, uma mulher HIV+ revela que, após uma conversa com seu médico, ele não recomendou a gravidez naquele momento. A necessidade de baixar a carga viral seria o motivo para a espera. Assim, talvez 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, constatou-se que, embora o médico tenha afirmado que era preciso aguardar, o casal tinha um prazo máximo para a espera, que seria o ano seguinte. Isso significa dizer que, independentemente da recomendação, a díade tem um projeto de vida que prevalece diante da indicação médica.

Pesquisadora: Você tem vontade de ter filho?

Interlocutora: Tenho.

Pesquisadora: Como você acha que vai ser esse momento? Você já foi orientada quanto a isso?

Interlocutora: Eu já conversei com o médico e ele não recomenda ainda, mas estou tentando baixar a taxa de vírus.

***Pesquisadora:** O que o parceiro acha sobre isso?*

***Interlocutora:** Ele quer também. A gente quer pro ano que vem. (Mulher HIV+)*

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 mostrou-se um fator determinante para a realização do projeto de concepção de um bebê. Nesse sentido, como bem relata um interlocutor HIV-: “Dentro de um casamento sempre há de querer um filho com o outro”. Ora, tudo indica que a afirmação do entrevistado 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 (pessoas de camadas populares), pode ser mais arriscado para a diáde – 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 em virtude da soropositividade. No relato de uma mulher HIV- 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, ao ponto de a mulher não o perceber mais como um homem capaz de constituir uma família – tal qual dito durante a entrevista. 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 uma entrevistada HIV+, “todo mundo quer ser mãe um dia”, por isso, a sua condição sorológica 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, se estendendo, para alguns casais, às práticas comuns do cotidiano. Seja no cuidado com objetos cortantes, como pode ser visto no depoimento de uma interlocutora HIV +, “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 um homem HIV-, “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 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.

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 talheres, os copos e os hábitos de higiene, para outros, a diferença sorológica pode ser significada 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 opressiva para eles quanto o cumprimento dos estereótipos do feminino é para muitas mulheres. (VILLELA, 1999, p. 211). 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 seguinte depoimento: “Essa doença não pega não! Isso é tudo ilusão. Só pra quem tem pulso fraco, eu tenho pulso forte”. (Homem HIV-)

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 para o fato do parceiro HIV- ainda não haver se contaminado pelo HIV estão relacionadas à possibilidade da baixa carga viral da parceira e ao fato de o 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 de um entrevistado HIV-: “já disseram pra mim que não sabem como eu não

peguei, que meu sangue é muito bom” (Homem HIV-). Do mesmo modo, outro entrevistado HIV- afirmou: “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 Olavarría (1999), as construções de gênero fomentaram o imaginário social do homem como um ser dotado de poder sobre as mulheres e de um desejo incontrollável, 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. Ao se negar a abrir mão de práticas preventivas, seja devido à busca do prazer, seja pela percepção de que o preservativo impediria o contato corporal impondo barreiras, o parceiro HIV- despreza as atitudes preventivas de tal maneira a ponto de banalizar (KNAUTH et al., 1998) a contaminação pelo HIV.

A banalização da contaminação, mais uma vez, pode ser percebida na fala de outro entrevistado HIV- que relata já haver pensado na possibilidade de infecção, e com isso, assume que “contraindo 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 infecção pelo HIV, percebe-se que o parceiro HIV- igualmente reconhece que caso seja infectado 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 –, a infecção pelo vírus 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. Um interlocutor HIV- 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-)

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 interlocutor HIV- 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”, com poder de decisão sobre a exposição ao vírus; assim, afrontar o risco de infecção seria uma maneira de se sentir vivo. 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.

Velhos dilemas, novos caminhos? A sorodiscordância no escopo da PrEP

No momento atual de enfrentamento ao HIV/Aids, fala-se em reinventar as formas de prevenção, propondo a ampliação dos métodos preventivos com abordagens comportamentais, estruturais e biomédicas que vão desde formas de redução de danos (segurança negociada através do conhecimento da carga viral, trocas de agulhas e seringas etc.), o já conhecido preservativo (masculino e feminino), até as profilaxias pré-exposição (PrEP) e pós-exposição (PEP).

A Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) – que se inclui nas estratégias das agências internacionais que têm como foco “o tratamento como prevenção” (sigla em inglês TASP) – passou pela fase de testes no Brasil e, desde novembro de 2016, está sendo implementada pelo Projeto Combina¹⁸. Os testes vinham

¹⁸ “O Projeto Combina é um estudo realizado pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, com financiamento do Ministério da Saúde e do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. A finalidade é avaliar como as pessoas utilizam os métodos de prevenção ao HIV disponíveis nos serviços públicos de saúde. O projeto está sendo desenvolvido em cinco diferentes serviços do país: IAPI, Porto Alegre (RS); COA, Curitiba (PR); CRT-DST/Aids, São Paulo (SP); SAE, Ribeirão

sendo realizados com homens que fazem sexo com homens, travestis e mulheres transexuais. A sorodiscordância não foi mencionada na página inicial do *site*¹⁹ “Estudo PrEP Brasil”, e esta invisibilidade, seja nos serviços de saúde²⁰, seja nas campanhas e políticas de prevenção, revela-se como mais um desafio para a prevenção do HIV; isto é, pensar estratégias de enfrentamento que possam considerar as pessoas em seus diferentes cenários, relacionamentos e situações. Mais ainda, em transformar a prevenção em uma realidade em suas vidas.

Ainda que os casais sorodiscordantes não tenham sido diretamente tematizados no “Estudo PrEP Brasil”, a estratégia da PrEP acaba por atingir em cheio esses pares, uma vez que a proposta dessa política de prevenção é que a profilaxia pré-exposição ao HIV (PrEP) seja uma estratégia de prevenção que envolve a utilização diária de um medicamento antirretroviral (ARV), por pessoas não infectadas, para reduzir o risco de aquisição do HIV através de relações sexuais.

Segundo Asha Persson, Jeanne Ellard e Christy E. Newman (2015), a estratégia global do “tratamento como prevenção” (TASP) pode abrir novas trajetórias que liberam a sexualidade sorodiscordante de suas amarras históricas em discursos de risco e estigma. De acordo com o estudo australiano com casais sorodiscordantes, o uso da medicação diminuiu ansiedades sobre a transmissão por parte dos casais investigados.

Considerando que em nosso estudo (2012) o preservativo apareceu, por vezes, como um elemento que instaurou uma “alteridade situacional”, impondo limites e diferenças entre os parceiros, e analisando estas situações a partir das novas possibilidades da PrEP, talvez o uso da medicação, juntamente com a combinação de outras opções preventivas de redução de danos, possam esvaziar as sensações relatadas como o sentimento de transformar o parceiro em uma ameaça, ou a ideia de sujeito sexual incompleto. Alguns parceiros relataram diminuição do prazer, tais como: “me colocou na geladeira” (Mulher HIV-), bloqueio sexual na hora de colocar o preservativo, falta de adaptação ao uso, quebra na excitação e na percepção de entrega mútua.

Na medida em que a diversidade de métodos preventivos vem na esteira de uma proposta de “prevenção combinada” como estratégia capaz de ser incorporada, tendo em vista as condições de vida, os valores dos atores sociais, talvez ela amplie as possibilidades de escolhas sobre como prevenir o HIV para além do uso do preservativo.

Preto (SP) e no Hospital São José, em Fortaleza (CE)”. Disponível em: <http://giv.org.br/boletimvacinas/Boletim_Vacinas_GIV_Edicao_31.pdf#page=3>.

¹⁹ Disponível em: <<http://prepbrasil.com.br/pesquisa-prep-brasil/>>. Acesso em: 28 fev. 2017.

²⁰ Quando iniciamos a pesquisa no SAE-Materno infantil, a coordenação do serviço não tinha conhecimento sobre os casais, mas após um levantamento, até o final da pesquisa mais de 100 casais haviam sido contabilizados.

De fato, 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 referentes à diáde sorodiscordante: a trajetória conjugal (casal pré, ou pós-diagnóstico, tempo de relacionamento, com ou sem filhos), os sentidos que a diferença pode assumir, as condições de saúde do parceiro (se está assintomático), o tempo de descoberta do vírus, o “prazer sensorial” (SILVA; IRIART, 2010), dentre outras questões que influem na prevenção.

Verificamos que 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, para os casais estudados, o sexo sem preservativo, além de conferir maior envolvimento emocional, atribuiu sensação de poder no momento em que o indivíduo consegue ser o senhor do seu desejo.

Pensando nos relatos dos sujeitos da pesquisa, e questionando como a biomedicalização do HIV pode desdobrar-se em formas que fazem mais do que simplesmente medicalizar corpos, vidas de disciplina (PERSSON, 2015) ou intensificar normas na busca da saúde – ou no que se convencionou como normalidade –, aventa-se que para os casais investigados com roteiros intrapsíquicos perturbadores (BOZON, 2004), quer dizer, para a diáde em que o medo de transmissão traz implicações até para as fantasias, a PrEP (Profilaxia pré-exposição) talvez possa contribuir para ressignificação e reelaboração de novos roteiros sexuais, com a volta do prazer, e a reerotização (a percepção de risco pode se deslocar da sexualidade para o uso correto da medicação). Quem sabe, altere a ideia do que é seguro e do que é inseguro, já que em uma relação com um parceiro com o *status* sorológico desconhecido, o risco seria maior, caso o preservativo não seja usado.

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 nos adverte é que o prazer não pode ser negligenciado nas propostas preventivas, uma vez que este se tornou “[...] uma dimensão importante da vida” (SILVA; IRIART, 2011, p. 10). Nesse sentido, parece-nos mais que necessária a expansão dos modelos preventivos, 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.

As posições de doente, de perigoso e de abjeto (SILVA; IRIART, 2010) que a soropositividade pode conferir mostraram-se, em algumas situações, construtoras de alteridades entre os parceiros, o que, com efeito, pode ser produtor de diferenças hierarquizantes entre os pares, ou, por sua vez, *per si*, produza a necessidade de o 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.

Asha Persson (2015) aponta para uma possível articulação de novas identidades em relação ao HIV (tais como “indetectável”, “HIV igual” e “HIV neutro”) a partir da crescente biomedicalização da saúde pública e de um discurso aliado de “normalização”. Cogita-se que a emergência gradual de um movimento mais amplo de luta pela ressignificação das pessoas que convivem com o HIV poderia, na verdade, desmarginalizar relacionamentos e sexualidades estigmatizadas. A pedra de toque é que as novas identidades desestabilizassem a habitual “soro-divisão” entre aqueles com e sem o HIV.

Nesse sentido, haveria um papel político na ressignificação da ideia de risco e ameaça atrelados aos casais sorodiscordantes. Ao desvincular a diferença sorológica de histórias sexuais marginalizadas e estigmatizantes, poder-se-ia promover novas formas de cidadania, sendo esta um tipo de “cidadania da intimidade” (PERSSON, 2015). À luz da “cidadania farmacêutica” de Ecks (2008), Arsha Persson (2015, p. 2) pensa como a biomedicalização pode proporcionar aos casais sorodiscordantes “o poder de os remover da marginalidade e capacitar as pessoas estigmatizadas e desfavorecidas para re-introduzir à sociedade e recuperar o seu estatuto de cidadania plena”.

A reflexão sobre cidadania nos remete aos relatos dos casais que desejavam ter filhos e que, diante da falta de opções mais seguras, ou de pedidos da equipe médica para “esperar um pouco”, assumiram o risco de tê-los. Especula-se que a possibilidade de uso da PrEP poderia resguardar-lhes o direito ao planejamento familiar, à definição do “momento certo”, bem como o direito à saúde por meio da diminuição do risco de contaminação do parceiro sem o vírus.

Para Arsha Persson (2015), a TASP – juntamente com um movimento de luta pela reconfiguração de identidades relacionadas ao HIV – poderia ser uma ponte que ligaria os parceiros com sorologias distintas para o HIV, esvaziando a diferenciação entre pessoas com e sem o vírus. Não estamos certos se a PrEP forneceria uma ponte que diminuiria a diferenciação entre os parceiros e desacoplaria a sorodiscordância das acepções de risco, uma vez que ainda não temos essa política de prevenção instaurada no Brasil – logo,

não temos base empírica para tal assertiva –, porém, seguindo as indicações de Persson, especulamos que as tecnologias médicas direcionadas às pessoas que convivem com o HIV talvez possam permitir novas formas de intercâmbio e subjetividade, sobretudo para os casais sorodiscordantes.

Considerações finais

Ainda que recente, a implementação da Profilaxia Pré-exposição no Brasil nos desperta muitas reflexões. Se, de um lado, talvez ela possa ajudar os casais sorodiscordantes a se libertar do espectro do risco nas relações sexuais, do estigma e da divisão que a diferença sorológica talvez produza; por outro, não esqueçamos que a biomedicalização pode se transformar em mais uma ferramenta de controle e disciplina dos corpos (e da sexualidade), assim como ainda não se sabe ao certo a complexidade do uso contínuo em longo prazo (risco decorrentes da baixa imunidade).

Outra questão se refere aos sentidos atribuídos ao uso da medicação. Alguns parceiros HIV- recorreram a um discurso em que tentam demonstrar que não são vulneráveis ao vírus: um disse “eu sou inigualável”, o outro, “isso não pega, sou pulso forte”; então, refletindo sobre essas falas, talvez a medicação não seja uma opção. Da mesma maneira, a relação usual entre medicação e doença pode fazer com que a pessoa que não tem o vírus se sinta doente ao ter que fazer uso da PrEP e, com isso, não queira ser percebida como HIV+. E mais, uma pessoa que está saudável pode não querer enfrentar as possíveis modificações que o remédio diário possa trazer para toda sua vida.

Além disso, não podemos desconsiderar que, em torno da questão da biomedicalização – através da estratégia global de tratamento com prevenção –, surgem questionamentos sobre a possibilidade de se instaurar novas formas de governabilidade e controle sobre os corpos, bem como de a normalização redundar em uma maior pressão dentro da relação sorodiscordante para o abandono da prevenção combinada, e, com isso, ampliando o risco de transmissão, caso não seja feito o uso correto (e diário) da medicação, bem como outras questões, tais como as infecções sexualmente transmissíveis. No debate sobre a questão, ativistas que participavam da Conferência Internacional de Aids (realizada na Austrália, em 2014) demonstraram preocupação com o uso antecipado da medicação, pois vislumbram um viés autoritário do “tratamento como prevenção”, o que poderia resvalar numa ameaça aos direitos humanos, uma vez que para o indivíduo que tem a imunidade normal (seja HIV+, ou não) o tratamento pode provocar uma série de efeitos colaterais. Longe de ser um consenso, a questão da PrEP tem dividido os ativistas e os profissionais de saúde. Ao lado de tal discussão, levantam-se indagações sobre o acesso à medicação e a disponibilização, por

parte dos profissionais de saúde, das informações necessárias para que a pessoa decida de maneira esclarecida sobre iniciar ou não o tratamento.

Enfim, o cenário atual é de questionamentos, de repensar, de expectativa sobre os rumos do tratamento e da prevenção. De certo, o que temos é uma série de descobertas que prometem redefinir o enfrentamento ao HIV/Aids, e a PrEP tem sido uma das principais delas. Na medida em que o cenário econômico, político e social do Brasil é complexo e permeado de retrocessos nos direitos sociais, espera-se que o debate sobre a PrEP, e sua implementação, continuem na agenda da política de prevenção ao HIV/Aids, e que tanto as implicações de seu uso quanto a sua disponibilização sejam tematizadas na extensão de seus efeitos preventivos (e colaterais) e na possibilidade de uso daqueles em risco de infecção pelo vírus.

Referências

- BOZON, M. **Sociologia da sexualidade**. Rio de Janeiro: Ed. da FGV, 2004.
- BECK, U. **Sociedade de Risco**: rumo a uma outra modernidade. São Paulo: Ed. 34, 2010.
- AMORIM, C. M.; SZAPIRO, A. M. Analisando a problemática do risco em casais que vivem em situação de sorodiscordância. **Ciência e Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v 13, n. 6., nov./dez. 2008.
- BARBOSA, R. M. Negociação sexual ou sexo negociado? Poder, gênero e sexualidade em tempos de Aids. In: REGINA, M. B; RICHARD P. **Sexualidades pelo Averso**: Direitos, Identidades e Poder. São Paulo; Rio de Janeiro: Ed. 34/Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1999. p. 73-88.
- 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.
- CARVALHO, S. R.; GASTALDO, D. Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, Sup 2, p. 2029-2040, 2008.
- ESTUDO PrEP Brasil. Disponível em: <<http://prepbrasil.com.br/pesquisa-prep-brasil/>>. Acesso em: 28 fev. 2017.
- FRANCH, M. et al. (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. et al. **Novas Abordagens para Casais Sorodiferentes**. João Pessoa: GRUPESSC; Manufatura, 2001. p. 51-69.

GAGNON, J. H. **Uma interpretação do desejo**. Ensaios sobre o estudo da sexualidade. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

KNAUTH, D. R. A 'sorodiscordância': questões conceituais e projetos em andamento – Comentários. In: MAKSDUD, I. et al. (orgs.). **Conjugalidade e AIDS: a questão da sorodiscordância e os serviços de saúde**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS, 2003.

KNAUTH, D. R. et al. Cultura médica e decisões reprodutivas entre mulheres infectadas pelo vírus da Aids. **Interface** [online], Botucatu, v. 6, n. 11, p. 39-54, 2002.

MAKSUD, I. **Casais sorodiscordantes: conjugalidade, práticas sexuais e HIV/Aids**. 2007. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

POLÍTICA brasileira de tratamento como prevenção é destaque na Conferência Internacional de Aids. Disponível em: <http://agenciaaids.com.br/home/noticias/volta_item/22531>. Acesso em: 1 mar. 2017.

PERSSON, A. The world has changed': Pharmaceutical citizenship and the reimagining of sorodiscordant sexuality among couples with mixed HIV status in Australia. **Sociology of Health & Illness**, v. xx, n. xx, pp. 1–16, 2015.

PERSSON, A.; ELLARD, J.; NEWMAN, C. Bridging the HIV Divide: Stigma, Stories and Serodiscordant Sexuality in the Biomedical Age. **Sexuality & Culture An Interdisciplinary Quarterly**, New York, v. 19, n. 3, set. 2015.

RAXACH, J. Modelo Hierárquico de Prevenção de DST/Aids para Diferentes Tipos de Práticas Sexuais. In: FRANCH, M. et al. (orgs.). **Novas Abordagens para Casais Sorodiferentes**. João Pessoa: GRUPESSC; Manufatura, 2011. p. 105-110.

SILVA, L. A.; IRIART, J. A. Práticas e sentidos do barebacking entre homens que vivem com HIV e fazem sexo com homens. **Interface Comunicação, Saúde e Educação**, 2010.

SILVA, L. M. da F. **Fazendo a diferença: as dinâmicas da conjugalidade sorodiscordante para o HIV/Aids**. 2012. Tese (Doutorado em Sociologia) - Programa de Pós-graduação em Sociologia, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2012.

