

Dissertação de Mestrado



**HISTÓRIAS
POSIT(HIV)AS
DE GAYS
E PESSOAS TRANS:
Dos Estigmas à Cidadania**

Felipe Cazeiro da Silva

Orientador: Jáder Ferreira Leite



Universidade Federal Do Rio Grande Do Norte
Centro De Ciências Humanas Letras E Artes
Programa De Pós-Graduação Em Psicologia

HISTÓRIAS POSIT(HIV)AS DE GAYS E PESSOAS TRANS:
DOS ESTIGMAS À CIDADANIA

Felipe Cazeiro da Silva

Natal

2019

Felipe Cazeiro da Silva

HISTÓRIAS POSIT(HIV)AS DE GAYS E PESSOAS TRANS:
DOS ESTIGMAS À CIDADANIA

Dissertação elaborada sob a orientação do Prof. Dr. Jáder Ferreira Leite apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientador: Jáder Ferreira Leite

Natal

2019

Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN
Sistema de Bibliotecas - SISBI
Catalogação de Publicação na Fonte. UFRN - Biblioteca Setorial do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes -
CCHLA

Cazeiro, Felipe.

Histórias posit(HIV)as de gays e pessoas trans: dos estigmas à cidadania / Felipe Cazeiro da Silva. - 2019.
174f.: il.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Natal, RN, 2019.

Orientador: Prof. Dr. Jáder Ferreira Leite.

1. Histórias de Vida - Dissertação. 2. Construcionismo Social - Dissertação. 3. Homossexuais - Dissertação. 4. Transexuais - Dissertação. 5. AIDS (Doença) - Dissertação. I. Leite, Jáder Ferreira. II. Título.

RN/UF/BS-CCHLA

CDU 616.98:578.828

É com terrível esforço que te escrevo. E isso agora não é mais apenas uma maneira literária de dizer que escrever significa mexer com funduras — como Clarice, feito Pessoa. Em Carson McCullers doía fisicamente, no corpo feito de carne e veias e músculos. Pois é no corpo que escrever me dói agora. Nestas duas mãos que você não vê sobre o teclado, com suas veias inchadas, feridas, cheias de fios e tubos plásticos ligados a agulhas enfiadas nas veias para dentro das quais escorrem líquidos que, dizem, vão me salvar.

Dói muito, mas eu não vou parar. A minha não desistência é o que de melhor posso oferecer a você e a mim neste momento. Pois isso, saiba, isso que poderá me matar, eu sei é a única coisa que poderá me salvar. Um dia entenderemos talvez.

CAIO FERNANDO DE ABREU

À minha eterna rainha e mãe (in memoriam), com todo meu amor e gratidão sendo minha maior força e inspiração para a vida! Também dedico este trabalho à todas as pessoas posit(hiv)as que com suas resistências e enfrentamentos luta(ra)m pela vida, por novos esforços de respostas ao vírus e aos antirretrovirais.

Pelo fim da exclusão, estigmatização e invisibilidade!

Agradecimentos

Aos governos de Lula e Dilma Rousseff, ao ex-ministro da Educação Fernando Haddad e ao CNPq por possibilitar que este sonho se concretizasse para muitas pessoas de realidades semelhantes à minha. Pela luta a favor da Democracia, Pesquisa e Educação Brasileira, além das políticas e recursos financeiros necessários.

Ao PET Conexões de Saberes da UFMT, grupo de potencial compromisso com nosso povo brasileiro, em especial às professoras tutoras Mírian Toshiko Sewo e Rosa Lúcia Rocha Ribeiro, pelas trocas de saberes, apoio, militância e por sempre confiar em meu trabalho contribuindo para que esta empreitada fosse realizada.

Ao NEPRE – Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Relações Raciais e Educação da UFMT, grupo de potencial promoção da igualdade racial e de combate ao racismo, em especial à Prof.^a Candida Soares da Costa, exemplo de mulher preta guerreira, pelo carinho, parceria, apoio e ensinamentos que levarei para a vida e para minha negritude.

Ao LABTECC – Laboratório de Tecnologias, Ciências e Criação (UFMT), núcleo de potencial interesse pelas transformações contemporâneas na produção e circulação de saberes e tecnologias, em especial à Prof.^a Dolores Galindo, pelos afetos, parceria e pelos ensinamentos em pesquisa científica-acadêmica.

Ao Coletivo de Saúde Mental da UFMT, grupo de potencial direcionamento à desinstitucionalização das pessoas em sofrimento psíquico priorizando os meios abertos de cuidado à saúde e prevenção em saúde mental, em especial à Prof.^a Vanessa Furtado (minha conterrânea), pelas orientações, parcerias, militância e autêntica amizade.

Aos Docentes da Psicologia da UFMT e da UFRN, em especial, Amailson Sandro Barros, Maelison Silva Neves, Henrique de Oliveira Lee, Daniela Freire, Jane Cotrin, Marlos Alves Bezerra e Geórgia Sibeles pelas parcerias, incentivos e afetos instigando um saber-fazer de luta em Psicologia. Aprendo muito com vocês.

@s Amig@s da Psicologia da UFMT e UFRN, pelos afetos, aprendizados mútuos, militância estudantil, harmoniosa convivência e por depositarem esperança em uma Psicologia mais inclusiva, democrática e de luta contra todas as opressões.

Ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFRN, em especial a Jáder Ferreira Leite por aceitar o desafio da temática em questão, pelo cuidado, parceria, por confiar no meu trabalho e atuação enquanto psicólogo, estagiário docente e pesquisador. Obrigado Gata! Rs.!

Ao GEMA - Núcleo Feminista de Pesquisas em Gênero e Masculinidades (UFPE), Instituto Papai e Projeto Prevenção em Rede, em especial o Prof.º Benedito Medrado pelo compromisso com a temática, pela parceria e contribuição com minha pesquisa de mestrado.

Às amigas do mestrado e da vida Emilly Mel Fernandes e Ingrid Lavor pela parceria, afetos e autêntica amizade proporcionando uma trajetória no Mestrado menos solitária.

@os amig@s Andrei Junior, Andrei Vianna, Matheus Tabosa, Lívia Berlandi, Thiago Oliveira, Thiago Abreu, Nathalia Caroline Celso, Monique Evellyn Ferreira, Alessandra Caroline entre outras que indiretamente me incentivaram durante esse processo.

Às pessoas posit(hiv)as participantes da pesquisa, grandes exemplos de resistências, pelos afetos, emoções, confiança, risadas e que com suas histórias e lutas tecem a construção deste trabalho e de uma vida mais humanizada. Gratidão à todas!

À minha família, em especial minha querida, amada e guerreira mãe (in memoriam), pelo exemplo de superação, por tanto amor, cuidado, incentivo e ensinamento ao longo da minha vida. Saudade! Te amo eternamente!

Aos Orixás que sempre estão comigo, em particular Oxaguiã e Iemanjá, Rei e Rainha que regem a minha cabeça, pelo amparo e proteção de seu filho.

Exéu Epa Bàbá Oxaguiã!

Odoyá Mãe Iemanjá!

Axé!

SUMÁRIO

Lista de Figuras

Lista de Tabelas

Lista de Siglas

Resumo

Abstract

1. Infecção Aguda: Alguns Pontos de Partida.....	18
1.1. Uma escrita posit(hiv)a em manifesto pela vida.....	20
2. A Latência do Vírus em Quatro Décadas no Brasil.....	35
2.1. Cronologia Ondeada da luta pela saúde das pessoas soropositivas.....	35
2.2. “SIDADANIZAÇÃO”: Estigmas e Metáforas do HIV e da Aids.....	52
2.3. O fim da quarta e prelúdio da quinta década do HIV.....	59
3. Implicações (AS)Sintomáticas do HIV e da Aids.....	62
3.1. Biopoder, Biopolíticas e o “Dispositivo da Aids”.....	65
3.2. Impacto Científico: <i>Vírus Letal!</i>	68
3.3. Impacto do Estado: <i>Ameaça Social!</i>	72
3.4. Impacto na Sociedade e nas Pessoas: <i>Pânico Sexual!</i>	77
3.5. Doenças Oportunistas: Protofascismos e Genocídios que se Anunciam!.....	85
4. O Construcionismo Social em Diálogo com a Hermenêutica Biográfica.....	87
4.1. A Produção de Sentidos e as Práticas Discursivas.....	90
4.2. A Biografização de uma História de Vida à luz da Hermenêutica Biográfica.....	92
4.3. Percursos e Procedimentos Metodológicos.....	97
4.3.1. Territorialidade em Campo-Tema: SAE/Natal e Alguns Conflitos!.....	98
4.3.2. Participantes.....	102
4.3.3. Instrumentos da Pesquisa.....	105
4.3.4. Aspectos Éticos.....	106
4.3.5. Plano de Análise das Entrevistas Biográficas.....	107
5. Histórias Posit(hiv)as: Sentidos e Potências para a Vida!.....	110
5.1. Benivaldo: Um momento de luta pela saúde e felicidade!.....	111
5.2. Rafael: Um novo sentido para a vida!.....	114
5.3. Francisco: Uma consciência política para a vida!.....	116
5.4. Jacqueline Brazil: Uma militar militante em luta pela vida!.....	119
5.5. Pollyana: Um cuidado com mais qualidade de vida!.....	123

6. Negociando Sentidos para Reinventar e Reescrever Outras Histórias.....	127
6.1. Sobre Soropositividade.....	129
6.2. Sobre Apoio Social.....	132
6.3. Sobre Preconceito e Discriminação.....	135
6.4. Sobre Aspectos Políticos, Tratamento e SAE.....	139
6.5. Sobre a Construção de Si.....	143
7. Considerações (In)curáveis.....	148
8. Referências.....	150

Apêndices

Lista de Figuras

Figura 1 – Peste-Gay já apavora São Paulo

Figura 2 – Gay Cancer

Figura 3 – Protestos exigem Medicamentos

Figura 4 – Cuidado com as bonecas disfarçadas de Macho!!!

Figura 5 – Aids... Quem sabe a causa não está na banana?

Figura 6 – Repertórios sobre HIV produzidos junto aos interlocutores.

Lista de Tabelas

- Tabela 1. Casos de HIV notificados no SINAN, segundo UF e região de residência por ano de diagnóstico (2007-2018)
- Tabela 2. Casos e óbitos por Aids notificados no SINAN declarados no SIM e registrados no Siscel/SICLOM acumulados ano a ano desde 1980 (2002-2018).
- Tabela 3. Amostra de Participantes
- Tabela 4. Etapas do Plano de Análise das Entrevistas Biográficas
- Tabela 5. Repertórios Interpretativos de Benivaldo
- Tabela 6. Repertórios Interpretativos de Rafael
- Tabela 7. Repertórios Interpretativos de Francisco
- Tabela 8. Repertórios Interpretativos de Jacqueline Brazil
- Tabela 9. Repertórios Interpretativos de Pollyana
- Quadro 1. Modelo do Quadro de Análise, elaborado para organizar as informações produzidas com os interlocutores da pesquisa a partir das questões-eixo orientadoras.

Lista de Siglas

3TC – Lamivudina

ABIA – Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS

AIDS – Acquired Immunodeficiency Syndrome

AL – Alagoas

ARC – Aids Related Complex

ARVs – Antirretrovirais

ASIHVIF – Association Internationale des Histoires de Vie en Formation

AZT – Zidovudina

BBB – Bancada da Bala, da Bíblia e do Boi

CAAE – Certificado de Apresentação para Apreciação Ética

CDC – Centers for Disease Control and Prevention

CE – Ceará

CEN – Conselho Empresarial Nacional em Prevenção ao HIV/AIDS

CEP – Comitê Central de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

CIT – Comissão Intergestores Tripartite

CNAIDS – Comissão Nacional de AIDS

COAS – Centro de Orientação e Apoio Sorológico

CTA – Centro de Testagem e Aconselhamento

d4T – Estavudina

ddC – Zalcitabina

ddI – Didanosina

DNA – Ácido Desoxirribonucleico

DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis

EUA – Estados Unidos da América

FDA – Food and Drugs Administration

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

FSP – Folha de São Paulo

GIV – Grupo de Incentivo à Vida

GLB – O Globo

GLTB – Gays, Lésbicas, Transgêneros e Bissexuais

GRID – Gay Related Immune Deficiency

HAART – Highly Active Anti-Retroviral Therapy

HIV – Human Immunodeficiency Virus

HTLV – Human T Lymphotropic Virus

IAS – International AIDS Society

IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis

JB – Jornal do Brasil

LAV – Lymphadenopathy-Associated Virus ou Vírus Associado à Linfadenopatia

LGBT – Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros

OESP – O Estado de São Paulo

ONG – Organização Não-Governamental

ONU – Organização das Nações Unidas

PB – Paraíba

PE – Pernambuco

PEP – Profilaxia Pós-Exposição

PN-DST/Aids – Programa Nacional de DST/Aids

PrEP – Profilaxia Pré-Exposição

RN – Rio Grande do Norte

RNP+ – Rede Nacional de Pessoas HIV+

SAE – Serviço de Assistência Especializada

SCDH – Sociedade Civil e de Direitos Humanos

SEDH – Secretaria Especial de Direitos Humanos

SICLOM – Sistema de Controle Logístico de Medicamentos

SIDA – Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida

SIM – Sistema de Informação sobre Mortalidade

SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SISCEL – Sistema de Controle de Exames Laboratoriais da Rede Nacional de Contagem de Linfócitos CD4+/CD8+ e Carga Viral do HIV

SUS – Sistema Único de Saúde

SVS – Secretaria de Vigilância em Saúde

T CD4+ – Linfócito T auxiliar, célula T colaboradora, LT helper (LTh) ou LT CD4+, Grupamento de diferenciação 4 ou cluster of differentiation, em inglês

UDM – Unidade de Distribuição de Medicamentos

UF – Unidade da Federação

UFRN – Universidade Federal do Rio Grande do Norte

UNAIDS – Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS

VIDDA – Grupo pela Valorização Integração e Dignidade do Doente de AIDS

RESUMO

A partir da articulação discursiva biomédica-midiática pautada pelo desconhecimento dos fatores etiológicos do HIV e de sua fisiopatologia sendo identificada estritamente como de responsabilidade de homossexuais, pessoas trans, estrangeiros, imigrantes e turistas, especialmente africanos e haitianos, e usuários de drogas injetáveis no início da grande epidemia da Aids, na década de 80, tem-se alguns desdobramentos iniciais que potencializaram a estigmatização sobre determinadas populações. Os tempos são outros? Décadas de silenciamento, mitos de superação da epidemia e uma reação dos setores reacionários ao aumento das pautas políticas sociais trazem a consequência da permanência do preconceito e das políticas de extermínio que dizem respeito a toda a estrutura social conservadora que se acirra. Portanto, a presente pesquisa objetivou compreender as produções de sentidos sobre HIV/AIDS nas histórias de vidas de jovens Gays, Travestis e Transexuais soropositivos em Natal/RN. Trata-se de uma pesquisa qualitativa articulada a hermenêutica biográfica por esta trabalhar mais concretamente com as narrativas de histórias de vidas, além de ser orientada pela perspectiva do construcionismo social em que se debruça especialmente em ilustrar os processos pelos quais as pessoas lidam com o mundo a sua volta, incluindo elas mesmas, estando particularmente interessado pelas práticas discursivas, linguagens e interações sociais. Deste modo, foi possível não apenas distinguir, no ato de contar dos participantes, o que seria da ordem do coletivo e o que seria da ordem do individual, e sim para darem-se os meios de apreender e compreender os espaços-tempos singulares que cada um configura a partir da conjugação de sua experiência soropositiva (e da historicidade de sua experiência), dos mundos-de-vida, dos mundos de pensar e agir comuns de que participam através de uma mirada social, histórica e politicamente localizada. Durante todo o trabalho, delineou-se alguns confrontos com os regimes de verdade (re)produzidos no HIV não numa tentativa de estabelecer outros regimes, mas no intuito de adicionar forças para outras inteligibilidades e realidades posto que a construção de melhores respostas a doença é uma tarefa infundável, urgente e necessária. Certamente ainda há muito que se avançar!

Palavras-Chave: Histórias de Vida; Construcionismo Social; Gays; Pessoas Trans; HIV/Aids

ABSTRACT

Based on the biomedical-mediatic discursive articulation due to the unknown etiological factors of HIV and its pathophysiology being strictly identified as the responsibility of homosexuals, trans people, foreigners, immigrants and tourists, especially Africans and Haitians, and injecting drug users in the beginning of the big AIDS epidemic in the 1980s, there have been some initial developments that have stigmatized certain populations. Are the times other? Decades of silence, myths of overcoming the epidemic and a reaction of the reactionary sectors to the increase of social policies prompts the continuation of prejudice and extermination policies that concern the whole conservative social structure. Therefore, the present research aims to understand the production of meanings about HIV / AIDS in the lives histories of HIV-positive gay, transvestites and transsexuals in Natal / RN. It is a qualitative research articulated to the biographical hermeneutics because it works more concretely with the narratives of life stories, besides being guided by the perspective of social constructionism in which it focuses especially on illustrating the processes by which people deal with the world around them, including themselves, being particularly interested in discursive practices, languages and social interactions. In this way, it was possible not only to distinguish, in the act of counting the participants, what would be of the order of the collective and what would be of the order of the individual, but to give themselves the means of apprehending and understanding the singular spaces-times each one of them forms the conjugation of their seropositive experience (and the historicity of their experience), of the life-worlds, of the common worlds of thinking and acting that participate through a social, historical and politically localized gaze. Throughout the work, some clashes with (re)produced HIV truth regimes have been outlined not in an attempt to establish other regimes but in order to add forces to other intelligibilities and realities since the construction of better responses to disease is an endless, urgent and necessary task. Surely there is still a long way to go!

Keywords: Life Stories; Social Constructionism; Gays; Trans People; HIV/AIDS

1. Infecção Aguda: Alguns pontos de partida

A aids é a síndrome dos nossos dias. Temos que renomear nossos dias, para evitar inclusive que dias e aids sejam anagramas. Outras letras, para escrever tempos outros.

Herbert Daniel (1991, p. 7)

Iniciar uma pesquisa que lancina o véu da censura que recai sobre as questões de gênero e sexualidade atravessado pela *tragédia epidemiológica da Aids*, compreensão fatalística que perdurou nos estudos iniciais que analisaram a epidemia de infecção por HIV (Bessa, 1997), pode nos levar a considerar de antemão, na mais generosa percepção, que estamos diante de uma temática melindrosa, tensionada e convenientemente expurgada do cotidiano devido aos tabus da sociedade que elencam contornos e entraves para superação de diversos fenômenos que podem ser discursivos, políticos, científicos, sociais, culturais, econômicos, midiáticos, religiosos, psicológicos entre outros.

Por outro lado, em uma percepção mais afadigada, podemos supor que esta elaboração seja o que denominam de ‘mais do mesmo’ e que a ideia de morte assombre nosso imaginário por conta do pânico social que ainda quizila o processo de saúde-doença por HIV, mas que não são sinônimos.

É preciso considerar que, de tantos avanços possíveis em nossa sociedade, esta sentença de morte presente no imaginário social coletivo já não possui uma relação objetiva direta com as infecções relacionadas ao HIV ou a síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), mas que ainda existem certos agenciamentos políticos, subjetivos e sociais que produzem efeitos nesta perspectiva, além de que ela está mais presente do que se imagina. Por ora, um campo de tensões que se defronta com forças progressistas, mas que também se desfalece por forças moralistas conservadoras.

Com base nestas linhas introdutórias, deter-me-ei nesta exposição a esta trama que caminha junto ao HIV dando prioridade ao que Nietzsche (s.d) chamaria de *vontade de potência como vida*, numa experiência ativa de abordar mais integralmente realidades que possam contribuir para compreender os mecanismos e fenômenos que atuam em torno do HIV/Aids e dos mundos de vida de pessoas soropositivas dando especial atenção a influência dos estigmas e metáforas advindos da produção de sentidos sobre a doença para a transformação das subjetividades, políticas, dos modos de pensar e de agir até a contemporaneidade.

Para tanto, foi necessário acender a discussão deslocando-a do não dito, de sua censura discursiva, de modo que, ao protagonizar histórias de vidas que contam, montam e remontam suas trajetórias, pudesse se construir também uma nova abordagem e respostas ao HIV que transitasse em diferentes (re)invenções, práticas discursivas e contribuir para um cuidado mais humanizado na defesa da integralidade da saúde.

O interesse aqui não foi colocar um pano na seriedade com que a temática necessita ser tratada, banalizá-la ou até mesmo romantizá-la, mas justamente por isto, se lançar na experiência, despindo-a, numa tentativa de possibilitar alguns avanços nesta quarta década da epidemia pensando a quinta através daqueles e para aqueles que vão caminhando (re)contruindo novas formas de tratar, vivenciar e compreender a doença e seus derivados.

Neste percurso, compartilho das ideias de Donna Haraway (1995) quando nos fala do conhecimento localizado em uma refuta a possibilidade de uma visão como resposta passiva das lentes de um sujeito universal que conhece a realidade representando-a para seu interior como uma cópia.

Mais concretamente, procuro escapar da captura pela ciência totalizadora para inscrever minha prática daquilo que experiencio. O que pretendo demonstrar é que minha

prática científica está povoada pelas minhas pulsões, meus desejos e inquietações que não permitem uma suposta neutralidade, mas um saber politicamente localizado.

Escrevo de um lugar, de um contexto, em que me presentifico e me reinvento a partir dele, e no esforço de ruptura com os saberes dominantes tento me aproximar dos saberes locais e considerados minoritários. (Haraway, 1995).

1.1. Uma escrita posit(hiv)a em manifesto pela vida

Partindo de pressupostos que vão de encontro às afirmações de Bessa (1997) de que encarar a Aids como uma tragédia epidemiológica como colocado de início pode ser um equívoco, pois a doença supera o campo biomédico e não é somente uma epidemia da saúde, mas sobretudo, se transforma também em uma fatal epidemia da palavra, das práticas discursivas, da linguística e sua veiculação.

Por assim ser, quando levada ao campo da linguagem, também oferece abertura para diferentes compreensões e inteligibilidades que em sua dialogia podem se apresentar precarizadas, sobretudo quando contornada pela desinformação e com a presença de negociações de sentidos baseados na moral e no conservadorismo, em temas como promiscuidade, pecado e morte.

Na configuração de um repertório que contribui para conformar toda uma cultura e pensamento que se impõem como barreira para o avanço de respostas relacionadas ao HIV, pois como é proliferado no senso comum e em muitas entrevistas com pessoas soropositivas: "*O preconceito mata mais que Aids*". Ou até mesmo em um slogan de uma campanha do Ministério da Saúde para o Dia Mundial de Luta contra a Aids em 2009: "*Viver com AIDS é possível, com o preconceito não*" (Brasil, 2009).

Mas, o que de fato é esta palavra/infecção/doença temerosa para a sociedade? De acordo com o portal AIDS do Governo Federal, HIV é uma sigla em inglês do vírus da imunodeficiência humana responsável por atacar o sistema imunológico que provoca a

Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS – acrônimo em inglês, consagrado pelo uso). As células alvo do HIV são os linfócitos T CD4+ que são células responsáveis por coordenar a função de defesa imunológica contra vírus, bactérias e fungos.

Da medida em que ele altera o DNA destas células, o HIV faz cópias de si mesmo. Depois de se multiplicar, ele rompe os linfócitos em busca de outros para continuar a infecção e, por trabalhar desta forma, acaba por deteriorar o sistema imunológico do organismo humano dificultando suas respostas imunológicas (Brasil, 2002).

Em seu processo de descoberta, o HIV foi confundido com seu parente desconhecido não tão distante, o HTLV (Human T lymphotropic vírus) que possui as mesmas formas de transmissão do HIV e tem como alvo também os linfócitos T.

Estas aproximações levaram os médicos Robert Gallo (EUA) e Luc Montagnier do Instituto Pasteur (França) a se aprofundarem sobre estes vírus, analisando e estudando suas diferenças, além de ascender certa competição entre si pela autoria do descobrimento do HIV causando uma controvérsia Montagnier-Gallo (Camargo Jr., 1994).

Os médicos, em suas conclusões, asseguraram que o HIV, até então sem uma definição ou nomenclatura específica, era um outro retrovírus e não uma variedade (HTLV-3) do único retrovírus estudado e isolado por Robert Gallo, como o HTLV-1 e HTLV-2.

Barré-Sinoussi e Montagnier chamaram-no de LAV (Lymphadenopathy-Associated Virus ou vírus associado à linfadenopatia) mostrando mais tarde que ele era mais próximo de retrovírus animais, como os Lentivírus.

Posteriormente, tal vírus incógnito cientificamente, foi nomeado de HIV (Human Immunodeficiency Virus) em 1986 pelo Centers for Disease Control and Prevention (CDC) nos Estados Unidos que deixou de lado a disputa polêmica pela autoria da descoberta e foi aceito mundialmente. (Cocchi et. al., 1995; Gallo, 1984; Gallo, 2002; Montagnier, 1995; Montagnier, 2002; Poiesz et. al., 1981; Popovic et. al., 1984; Schupbach et. al., 1984).

Os primeiros casos que se têm registros surgiram em meados da década de 80 em caráter de “peste anunciada” e essencializada (Carrara & Moraes, 1985; Camargo Jr., 1994) porque foram amplamente divulgados pelas mídias, jornais e revistas como “Câncer Gay” nos Estados Unidos e na França e “Peste Gay” ou “Peste Rosa” no Brasil.

Também foram validados pelos meios científicos, especialmente pelo Centers for Disease Control and Prevention (CDC - EUA), como Gay Related Immune Deficiency (GRID) pela incidência majoritariamente em homens homossexuais transformando-os em vetores da doença, portadores de distúrbios e perversões (Daniel & Parker, 1991; Bastos, 2006).

No início, e até julho de 1983, todos os termos empregados fazem referência ao grupo mais frequentemente associado à doença, os homossexuais: “pneumonia dos homossexuais”, “câncer dos homossexuais” ou “câncer gay” e, mais amplamente, “síndrome dos homossexuais” ou “síndrome gay”. No entanto, no mesmo momento em que muitos artigos utilizam essas denominações, assinalam que ela é imprópria: a imprensa relata desde 1982 que os homossexuais não são os únicos atingidos [...]. Também se diz rapidamente que não se trata de um câncer. Apesar dos esforços de objetivação que traduzem essas precisões, a associação pregnante no plano simbólico e no plano social as levam embora (Herzlich & Pierret, 2005, p. 78).

Uma associação artimanhosa entre Aids e homossexualidade (Figura 1 e 2) que logrou a opinião pública produzindo axiomas para uma sociedade que era convocada a manejar respostas para uma nova doença, além de explicitar o componente ideológico ancorado nestas expressões em sua tendência de desqualificar tal população, dado o contexto da época, incidindo sobre sua veiculação (Pollak, 1990; Spink et. al., 2001; Kraickzyk, 2014; Moreira et al., 2010; Neto, 2014; Sousa, Ferreira, & Sá, 2013).



Fonte: <https://agencia.fiocruz.br/disserta%C3%A7%C3%A3o-aborda-a-luta-dos-homossexuais-contra-a-aids>

Figura 1 – Peste-Gay já apavora São Paulo



Fonte: <https://br.pinterest.com/pin/112308584431319992/>

Figura 2 – Gay Cancer

A partir desta repercussão, até que se houvesse uma compreensão mais fidedigna objetivada sobre um vírus que até então era desconhecido e indefinido cientificamente, muitas violências e violações foram cometidas por todo o planeta.

Para além do combate a doença, deu-se início a personificação do vírus e, por conseguinte, o combate às pessoas soropositivas conforme aponta Sontag (2007) discorrendo sobre a metáfora de combate presente no imaginário social e comum nas narrativas médicas ocidentais e em contextos de guerras, pestes etc.

Sendo assim, a sociedade e o mundo, em sua ampla diversidade, necessitam continuar repensando às questões de sexualidade, gênero, raça e etnia, entre outros marcadores sociais

da diferença, para a superação de fenômenos discriminatórios que ainda não foram extintos, tão-somente tomou diversos enfoques desiguais, culturais, naturalizados e velados.

As violências sobre as sexualidades, os gêneros e as raças estão presentes de várias maneiras explícitas e implícitas no mundo na qual este parâmetro de estigmas e preconceitos pode ser potencializado quando determinadas pessoas são associadas à infecções como a do HIV e da epidemia de Aids.

Neste sentido, a literatura demonstra que a interface histórica deste vírus fora muito bem associada as populações supracitadas por conta do moralismo vigente, acentuando ainda mais as violências sobre estas pessoas que já eram discriminadas por conta de suas cores de pele, de suas expressões sexuais e de gênero caracterizando o que se pode chamar de um duplo estigma ou estigma suplementar (Goffman, 2004).

Logo, reconhecer e promover o espaço à temática da sexualidade e do gênero, de raça e etnia, bem como das infecções e respostas ao HIV considerando os distintos marcadores sociais da diferença e seu resgate histórico é também humanizá-la e possibilitar maiores avanços na construção de novas histórias e abordagens em relação à infecção que possibilitem transformar a visão sobre ela.

É promover o entre-lugar de intersecção onde o velho e novo se encontram para então (re)criar outras linguagens e realidades possíveis, visto que, como nos lembra Antonio Bolívar (2007, p. 15) “é contando nossas próprias histórias que damos a nós mesmos uma identidade. Nós nos reconhecemos nas histórias que contamos sobre nós mesmos”.

Mas, que história se quer contar no futuro? Ou então, que prelúdio se almeja para as próximas décadas – da vida – com o HIV?

O autor nos ajuda nesta questão colocando que a possibilidade de constituição para esta história está na integração que ela fizer com todos os componentes, ou seja, sem excluir o

passado que a pessoa considera essencial para descrever, compreender ou representar a situação atual e enfrentar prospectivamente o futuro (Bolívar, 2007).

Talvez este seja um primeiro passo para mudanças nas práticas instituídas de segregação e ausência de direitos – quando aqueles que padecem narram, são ouvidos e reconhecidos sobre seus processos de vulnerabilizações – conjectura no qual se apoia a presente pesquisa que pretendeu através de relatos biográficos (re)construir e protagonizar histórias de vidas que muitas vezes passam por um processo de ocultamento social, ou quando são visibilizadas, regularmente são tratadas de maneira pejorativa e criminalizante, além de investir na importância de um novo olhar, novas linguagens e políticas prospectivas e de reconhecimento mais integrais para o HIV/Aids.

Por outro ângulo, é possível perceber também, analisando os alertas emitidos em muitos programas e ações do ministério da saúde, de que uma adesão efetiva ao tratamento para o HIV está relacionada a um fator reducionista focado única e exclusivamente na medicação e na camisinha, no status de ser indetectável e não transmitir mais o HIV (Villarinho et. al., 2013), além de que no campo da prevenção, a veiculação de campanhas e projetos concentram-se particularmente no período de carnaval e no mês de dezembro consagrado o mês de luta mundial contra a Aids.

Verifica-se, portanto, que existem algumas dificuldades para abertura de espaços para a discussão sobre a discriminação e o estigma que, aliados aos desmontes graduais do SUS, colocam o acesso e a permanência ao tratamento em ruínas, bem como dificultam as ações de prevenção do HIV e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's). Em contrapartida, inúmeras pesquisas têm abordado o estigma como traço marcante na dinâmica vivencial da pessoa soropositiva e em seus mecanismos de enfrentamento (Borges, Silva & Melo, 2017).

O aumento da incidência de novos casos de HIV e do adoecimento por Aids em extratos sociais oprimidos desnuda a contradição de se ter avançado no campo científico com

a suposta possibilidade próxima de cura anunciada em caráter sensacionalista pela mídia, visto que, este possível avanço não alcançou os processos de vulnerabilizações nos quais perpassam diversas pessoas.

Por isto, pode-se compreender, através de uma análise crítica, que a ideia de cura por si só não é a solução (Estrêla, 2017), já que não houve avanços culturais e sociais necessários para a superação da exclusão social, do estigma historicizado na Aids, além de gerar uma cortina de fumaça para que governos camuflem os cortes de recursos para os programas de Aids e a falta de acesso a antirretrovirais mais modernos, bem como a persistência da epidemia em quase todos os países como alerta Richard Parker, Diretor-presidente da Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (ABIA) em entrevista à Folha de S.Paulo. “Esconde o sofrimento das pessoas que ainda não têm acesso ao tratamento. Esconde as expressivas taxas de mortalidade, mesmo em países com acesso universal, como o Brasil. E esconde a falta de acesso à prevenção” (Collucci, 2017, p. 1).

Neste quadro, se faz necessário entender que a pessoa soropositiva é um paciente que não terá alta dentro do sistema de saúde posto que ainda não exista uma cura para o HIV, apenas esquemas de prevenção e tratamento para o controle da replicação do vírus.

Esquece-se embora de que há novos moldes a se investir para a superação das violações, violências, preconceitos, discriminações e estigmas, fenômenos tão importantes quanto à medicação para o processo de saúde-doença por HIV tal que se ele “foi esse terremoto, a cura só o fará cessar, mas não vai reconstruir as estruturas frágeis de uma sociedade cheia de preconceitos e desigualdades” (Estrêla, 2017, p. 1).

Não há dúvidas de que a cura para o HIV seja importante, necessária como urgente, mas também não pode ser reduzida enquanto instância última ou última estância, ou seja, enquanto produto final e única saída de todo o processo interacional que atravessou a doença, pois ela constitui um conjunto de componentes interligados que compõe uma estrutura maior

que envolve a relação entre Cultura, Política, Direitos Humanos, Doença, Saúde e Sociedade que ao longo dos anos foi se perpetuando como barreira à educação, a desinformação, a censura e o acesso à saúde.

Curar uma doença e não curar uma sociedade desigual e constantemente alimentada por preconceitos é permanecer sempre na mesma estrutura que captará os seus bodes expiatórios a cada contexto, a cada época ao que lhe convém.

Baseando-se no pressuposto de campo-tema discutido por Spink (2003) que compreende que campo e tema são indissociáveis no fazer científico, dou início ao processo de produção de conhecimento e de informações antes de adentrar a um espaço físico geográfico, ou seja, no processo de idas e vindas percorridas nos diferentes caminhos da temática.

Tal visão se opõe a aplicação de “pesquisa de campo” denominada nas ciências humanas e sociais para se referir a uma tipologia específica de pesquisa fora dos laboratórios/sala de entrevista, como nos lugares da vida cotidiana (Spink, 2003)

Assim, cumpriu-se questionar, baseado na análise do boletim epidemiológico de 2017 (Brasil, 2017a), por que a população negra e pobre continua a adoecer e morrer mais pela Aids do que a população branca e esse maior número de mortes tem uma proporção crescente na atualidade?

Por que é que neste recorte racial, quando falamos entre mulheres, os dados tornam-se ainda mais berrantes, uma vez que a mortalidade por Aids é maior entre mulheres negras?

E por que, questão central da pesquisa, ainda é a população trans¹ e de homossexuais que figuram no topo da incidência de novos casos de HIV?

¹ Entende-se por pessoas trans o grupo que constitui travestis, transexuais e transgêneros que tem sido utilizado como um termo abrangente para englobar uma ampla série de subversões das normas de gêneros interligadas a uma descontinuidade entre o sexo atribuído a uma pessoa no momento de seu nascimento e a sua identidade e expressão de gênero individual (Jesus, 2012).

Essa discussão aparentemente denota que, tais populações, que já foram tratadas por termos transbordados de discriminação como já elencado, ou por termos mais “brandos” como “população-chave”, na verdade são populações historicamente oprimidas que possuem seus direitos sistematicamente negados ou negligenciados há tempos, e que sofrem com discriminações diversas que se associam à do HIV como contração suplementar.

Por isto, não é de se assustar que estas pessoas soropositivas estejam mais propensas à depressão, ansiedade e até mesmo ao suicídio do que a população geral (Cairns, 2015; Macedo, 2017).

Portanto, dentre as tantas questões a se refletir sobre a vida, não restam dúvidas da evidência desta demanda na sociedade brasileira em detrimento da incidência de novos casos de HIV no Brasil.

Segundo o boletim epidemiológico HIV/Aids do Ministério da Saúde de 2007 a 2018 (Brasil, 2018), a região do Sudeste, Sul e Nordeste são as regiões que ocupam as primeiras posições de notificações de infecções pelo HIV, respectivamente, de um total Brasileiro de 247.795 no qual o Rio Grande do Norte configura a 19ª posição (Tabela 1).

Paralelamente, jovens de 20 a 39 anos apresentaram os maiores índices de infecção e a prevalência de novos casos tem sido predominantemente em gays, profissionais do sexo e pessoas trans no Rio Grande do Norte (Araújo, 2015) que se confirma no referido boletim.

Por este motivo é que esta população foi selecionada para a realização dos relatos biográficos da pesquisa que compreende gays e pessoas trans que tiveram seu diagnóstico positivo para o HIV na faixa etária dos 20 aos 39 anos.

Tabela 1 - Casos de HIV notificados no Sinan, segundo UF e região de residência por ano de diagnóstico. Brasil. (2007-2018)

Posição	UF de Residência	Notificações
1º	São Paulo	73853
2º	Rio Grande do Sul	23957
3º	Rio De Janeiro	22518
4º	Minas Gerais	15927
5º	Paraná	15699
6º	Santa Catarina	11234
7º	Bahia	10580
8º	Pernambuco	9955
9º	Pará	7975
10º	Ceará	7499
11º	Goiás	7229
12º	Amazonas	6503
13º	Espirito Santo	5117
14º	Maranhão	4542
15º	Distrito Federal	3938
16º	Mato Grosso	3408
17º	Alagoas	2951
18º	Mato Grosso do Sul	2919
19º	Rio Grande do Norte	1970

Fonte: Tabela 1 do Boletim Epidemiológico HIV/Aids 2018 (Brasil, 2018, p. 30)

Apesar deste cenário, vale ressaltar que algumas ações já caminharam aqui no Nordeste em 2017 confrontando-o, como o projeto *Tecendo Redes: Promovendo a articulação de ações de vigilância, prevenção e controle das DST, HIV/aids e hepatites virais do Nordeste Setentrional (AL, PE, PB, RN e CE)* de coordenação do Prof. Dr. Benedito Medrado da Universidade Federal de Pernambuco que objetivou contribuir para a vigilância, prevenção e o controle das IST, HIV/aids e hepatites virais entre LGBT's (e outras populações vulnerabilizadas em função de sexualidades consideradas dissidentes) e usuários de drogas do Nordeste Setentrional (AL, PE, PB, RN e CE) através da mobilização de atividades que disseminaram informações qualificadas sobre prevenção das IST, HIV/AIDS e hepatites virais entre esses segmentos mais vulnerabilizados.

Projeto em que fomos convidados a participar e integrar a composição da equipe desenvolvendo e coordenando as ações em Natal-RN no qual permitiu consolidar o potencial de exequibilidade operacional da pesquisa junto ao campo-tema.

Diante o exposto, o presente estudo se insere no âmbito da interseccionalidade das questões de gênero, sexualidade e soropositividade e teve como objetivo geral investigar a produção de sentidos sobre HIV/AIDS por gays e pessoas trans soropositivas na cidade de Natal/RN.

Como objetivos específicos, pretendeu-se investigar de que modo a soropositividade se integra em suas práticas cotidianas e em seus modos de subjetivação, considerando sua orientação sexual e gênero atribuindo ênfase a significações compartilhadas por essas pessoas em Natal/RN no acesso a distintos serviços e políticas públicas;

Analisar como as dimensões de gênero e sexualidade se articulam na construção de práticas discursivas dos participantes da pesquisa em relação ao HIV/AIDS;

Conhecer os posicionamentos discursivos dos participantes em relação aos repertórios hegemônicos e estigmatizantes em torno do HIV/AIDS e;

Apreender os itinerários terapêuticos e a compreensão sobre o vírus, tratamento e infecção pelo HIV em diferentes marcos temporais nas histórias de vida de gays e pessoas trans em Natal/RN.

A produção de sentidos constitui-se um campo oriundo do construcionismo social, movimento de pensamento que tem especial influência na psicologia social, compreendendo que através da linguagem muitas pessoas configuram e tornam inteligível os mundos em que transitam, ou seja, também são constituintes de práticas sociais, que as pessoas fazem em conjunto podendo produzir diferentes construções e realidades a depender do contexto em que estão em processo, pois como aponta Gergen (2009, p. 310): “As linguagens são essencialmente atividades compartilhadas”.

Aliás, “na medida em que é uma prática e, como toda prática, provoca efeitos: faz parte das construções, manutenções e mudanças que perpassam as relações sociais. E, ao mesmo tempo, desenvolve-se continuamente nessa tentativa de articular práticas” (Méllo, Silva, Lima & Di Paolo, 2007, p, 28).

Tal perspectiva, tomada como fundamento teórico-metodológico da pesquisa, permitiu, em minha avaliação, realçar tanto a historicidade com que as experiências e repertórios em torno das questões de soropositividade são vivenciadas por gays e pessoas trans em contextos sociais específicos, como vislumbrar a possibilidade de acompanhar processos de negociações de sentidos e rupturas nestes mesmos repertórios e experiências, na medida em que, por meio de uma relação biopsicossocial e posição identitária, possam inaugurar novos sentidos em suas vidas através de uma interanimação dialógica.

Referente à sua relevância teórica, a referida pesquisa tem permitido gerar conhecimento crítico, à luz do construcionismo social, que contribua para retomar o caráter combativo das pesquisas construcionistas, além de fazer esforço para possibilitar novas produções de sentido acerca do mundo e de si no que tange a dinâmica da soropositividade na contemporaneidade aproximando-se das múltiplas realidades da infecção, para dar apoio ao avanço dos estudos científicos sobre a mesma possibilitando destacar a importância que um enfoque psicossocial adquire para o tratamento integral do HIV.

Como nos remete Monteiro e Villela (2013, p. 15) por meio de recentes resultados de revisão de literatura que no Brasil "as pesquisas acerca das consequências do estigma e da discriminação nos agravos à saúde são escassas".

Com isto, as autoras anunciam os desafios políticos, epistemológicos e teóricos das pesquisas que abordam estigma e discriminação na área da saúde no Brasil, mas que se faz necessário superá-los para uma abordagem mais integral em saúde tomando-os enquanto promotores de sofrimento e de adoecimento.

Assim, espera-se ainda uma contribuição social que diz respeito a relevância política e social do estudo, visto que este campo está indissociável das questões ligadas às sexualidades humanas, direitos humanos e políticas públicas somando esforços à qualificação de políticas mais humanizadas e, sobretudo, para o avanço social, principalmente, por ser uma temática com grandes interdições no meio social, para expor práticas excludentes veladas no âmbito da assistência à saúde, trabalho e relações sociais protagonizando histórias de vidas e reflexões que deem maior visibilidade aos dilemas vividos pela população em questão, com vistas a superá-los.

Organizei esta dissertação em cinco momentos. O primeiro tem como objetivo apresentar uma discussão cronológica ondeada da luta pela atenção integral a saúde das pessoas soropositivas no Brasil com destaques às políticas, programas e dados epidemiológicos sobre o HIV/Aids discorrendo também sobre os estigmas e metáforas decorrentes da “sidadanização” até a atualidade.

Já no segundo momento analisei a produção de sentidos que traz a literatura sobre o HIV e a Aids pautando o dispositivo da Aids em suas dimensões relacionais na forma de biopoder e biopolíticas para o processo de saúde-doença do HIV em quatro eixos: Ciência, Estado, Sociedade e as Pessoas.

Em seguida, no terceiro momento, apresenta-se a perspectiva biográfica, o construcionismo social, as práticas discursivas e a produção de sentidos como fundamentos teóricos-metodológicos da pesquisa, bem como explicito as etapas de produção de informações e suas análises.

No quarto momento apresento, por meio da análise das histórias posit(hiv)as, os resultados das linhas narrativas e dos repertórios interpretativos favorecendo particular lugar para estas histórias dentro do escopo do trabalho.

No quinto momento destaco, por meio da análise dos mapas associativos destas histórias, as negociações de sentidos para compreender a produção de sentido pelos participantes de modo a vislumbrar uma melhor interpretação do conjunto destas histórias de vida com a literatura, com as permanências e rupturas em relação a construção da linguagem sobre o HIV, das relações interpessoais, com a equipe de saúde e a sexualidade/gênero, das dinâmicas de preconceito e discriminação.

Por fim, finalizo com as considerações (in)curáveis do presente estudo e as possibilidades de seguimento com novas possibilidades de investigação.

Destarte, a referida dissertação está alçada na tríade temática: Gênero, Sexualidade e Soropositividade que não se reduz apenas a elaborações teóricas e ou filosóficas, mas sobretudo tenta elaborar, protagonizar e emanar pulsões sobre a vida que flui pelos versos de um pesquisador negro, homossexual e soropositivo, portanto atravessado pelo campo-tema, numa escrita como resistência, ou ao que Agamben (2007) chama, escrita da potência.

E um olhar pós-colonial e decolonial, da “problemática da representação/apresentação intelectual das vozes subalternas. Enquanto houver porta-vozes é porque há silenciados” (Miglievich-Ribeiro & Prazeres, 2015, p. 49).

Ou seja, não se colocar na jactância de ser porta-voz ou “conceder lugar de fala”, mas antes de tudo compreender na melhor tradição de autores como Boaventura de Souza Santos (2002) o que é uma sociologia das ausências, o registro de vozes silenciadas socialmente.

Como Daniel (1991) relata em suas *Anotações à Margem do Viver com Aids*:

Inventaram AIDS e aids. Palavras terríveis, capazes de, ao serem pronunciadas no local (do poder) exato, produzirem patologias assombrosas. É duro curar-se das palavras. Pronunciada, a palavra gera o efeito. Desinventar seus efeitos: é hoje talvez a maior função da educação e da informação sobre a epidemia do HIV. Reduzir a epidemia ao que ela é: uma doença como todas as outras (Daniel, 1991, p. 7).

Para tanto, saúdo os trabalhos anteriores que estão citados no decorrer do texto e que proporciona(m)ram grandes avanços nesta discussão possibilitando inovações no campo das abordagens e respostas ao HIV, mas que não são suficientes.

Apesar de serem inovadores, estes trabalhos são datados, pertencem as suas épocas, a qual um dia este também irá pertencer dando apoio para que outros possam vir e viajar em conjunto coletivizando-se (Latour, 1987), conectando, somando e rompendo com outras vozes, outras ideias, outros debates, outras posições, outras negociações. Mas, por hora, a contribuição que tenho para oferecer é possivelmente diferente em casos diferentes e arduamente os seus limites e alcances estarão claros.

2. A Latência do Vírus em quatro décadas no Brasil

2.1. Cronologia Ondeada da luta pela saúde das pessoas soropositivas

Entre a Aids-epidemia e o que se diz dela há uma enorme distância, ocupada por feroz batalha política onde o horror e o ridículo se dão a mão numa curiosa ciranda.

Herbert Daniel (1989, p. 14)

Ao abordar a temática do HIV/Aids, é preciso reconhecer uma cronologia histórica instável de uma doença e seus percursos para perceber os avanços e retrocessos em seus caminhos que influencia(ra)m os modelos assistenciais, de saúde e cuidado das pessoas soropositivas atravessados pela cultura, crenças e valores em torno da doença para sua projeção até a contemporaneidade.

Assim, esta cronologia possui dois objetivos: o primeiro, de caráter mais imediatista, pretende realçar os acontecimentos brasileiros no percurso das quatro décadas do HIV/Aids de forma mais atualizada; o segundo, de mais longo prazo, busca auxiliar na sistematização de dados e informações relevantes na trajetória do HIV/Aids no Brasil.

Organizações como o UNAIDS, ABIA e Fiocruz foram consultadas, bem como documentos oficiais, projetos, programas, portarias, normativas e resoluções do Governo Federal e do Ministério da Saúde, além de artigos, dissertações, teses e os boletins epidemiológicos AIDS serviram como fonte para o presente texto.

Como poderá ser notado na leitura, as informações se detém aos acontecimentos brasileiros não estando todos os eventos aqui relacionados, lacuna que se faz presente também em outras cronologias conforme nos remete Galvão (2002) em sua cronologia do HIV/Aids de 1980 a 2001.

Todavia, mesmo com a incompletude dos dados, a intenção de fazer disponível o presente levantamento se ampara na justificativa de que o mesmo possa ser útil para todas as

peças e instituições interessadas nos episódios que integram o percurso da epidemia de HIV/Aids no Brasil.

Deste modo, tenho ciência da impossibilidade de conseguir mencionar todos os acontecimentos considerados relevantes e, por tal motivo, reconheço as limitações inerentes nesta ambição de querer delinear uma cronologia da luta pela saúde integral ao HIV/Aids no Brasil. Assim, este é um trabalho que, por sua natureza, sempre estará incompleto, até mesmo pelos diferentes contornos feitos sobre a doença ao longo tempo escapando de sua linearidade.

Em grande medida, considero a presente cronologia, estruturada com o ano seguido dos eventos de referência e dividida em quatro ondas a partir do panorama da Aids no Brasil proposto por Parker (2018), como um ponto de partida para aproximação com outras realidades históricas geográficas de modo a contribuir com a história e memória da doença:

1ª Onda - Caracterizada pela Crise e Resistência (1981 a 1991)

1981

O jornal do Brasil apresenta, em março, uma das primeiras matérias sobre a Aids publicada no país sob o título “*Câncer em homossexuais é pesquisado nos EUA*”, porém não há nenhum caso de AIDS reportado pelo Boletim Epidemiológico para este ano (Galvão, 2002).

1982

Notificação oficial do primeiro caso de Aids no estado de São Paulo, no Hospital Emílio Ribas. No entanto, o seu marco inicial internacionalmente foi reconhecido no ano de 1981 no dia 5 de junho em que “o Centro de Controle de Doenças (CDC) publicou um artigo que descrevia um surto de pneumonia e sarcoma de Kaposi em jovens gays” (Santos & Schor, 2015, p 53) e em 1980 no Brasil,

ano que o Boletim Epidemiológico AIDS Brasileiro reportou o primeiro caso de AIDS no país e o primeiro óbito.

O caso é identificado como masculino e de transmissão sexual.

É reportado pelo boletim epidemiológico 10 casos de Aids entre homens e 10 óbitos (Galvão, 2002).

1983

O estado do Rio de Janeiro apresentou o segundo caso de Aids. A Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo criou o Programa de Aids de São Paulo, com forte ênfase no componente saúde pública, visando a prevenção e controle. O programa articulava quatro estratégias: serviços de referência assistencial e laboratorial, informação, educação à população e mobilização e participação social (Vilar et al., 2011) sendo uma reação às aflições de representantes da comunidade homossexual (Parker, 2000; Galvão, 2000; Grangeiro, Silva e Teixeira, 2009).

Um dos primeiros trabalhos comunitários de que se tem notícia é realizado pelos grupos gay paulista SOMOS e Outra Coisa que promoveu a distribuição de folhetos com informações sobre a doença e formas de prevenção. os dois grupos tiveram vida curta e encerraram as atividades entre os anos de 1983, o SOMOS e, em 1984, o Outra Coisa (Silva & Araújo, 2016).

O boletim epidemiológico reportou 573 casos e 462 óbitos de Aids, sendo 22 casos e 18 óbitos entre mulheres (Galvão, 2002).

Foi identificado o primeiro caso por transmissão vertical, entre mãe-filho e o primeiro caso entre a população indígena na Região Sul em 1988 (Parker, 2002). Porém, um levantamento posterior para correção das notificações detectou a existência de um caso de Aids nesta população **1985** em Mato Grosso no ano de 1987 (Brasil, 2000).

Neste período foi fundada a primeira casa de apoio para pessoas com HIV/Aids em São Paulo - Casa de Apoio Brenda Lee (Galvão, 2002) e é criado em São Paulo o Grupo de Apoio à Prevenção à Aids (GAPA), a primeira ONG/Aids brasileira (Silva & Araújo, 2016).

1985/1988

Foi fundada, no Rio de Janeiro, a Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA), a primeira ONG/AIDS a ter uma pessoa assumidamente soropositiva na presidência da instituição, Herbert de Souza, conhecido como Betinho e a AIDS passa a ser uma doença de **1986** notificação compulsória (Portaria Ministerial número 542/86).

Foi criada a Comissão de Assessoramento em AIDS (Portaria nº 199/GM, publicada no Diário Oficial da União de 28 de abril de 1986, Seção I), atual Comissão Nacional de AIDS (CNAIDS).

O boletim epidemiológico reportou 1.206 casos e 916 óbitos de Aids, sendo 76 casos e 52 óbitos entre mulheres (Galvão, 2002).

O boletim epidemiológico AIDS iniciou sua circulação e reportou 2.832 casos e 2.223 óbitos de Aids, sendo 287 casos e 231 óbitos entre mulheres (Galvão, 2002).

1987 Entre 1987 à 1999 foram notificados 33 casos de Aids entre a população indígena apontando maior vulnerabilidade no segmento jovem desta população no qual 50,1% se encontrariam na faixa etária de 15 a 29 anos. Além disso, 30,2% dos casos estariam localizados na região norte do Brasil (Brasil, 2000).

Foi criado o Programa Nacional de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids, “que teria um papel-chave no âmbito das ações de combate à doença, e cujo contexto histórico está situado no final do primeiro governo civil após o regime militar” (Monteiro e Villela, 2009 p. 34).

1988 De início, as autoras mencionam que alguns autores refletem que no momento de sua elaboração de propostas ao enfrentamento da epidemia, as relações entre o Programa Nacional e as ONG's eram bastante tensas devido à sua característica centralizadora. Contudo, com a redemocratização do Brasil, criação do SUS e fortalecimento dos movimentos sociais, esta situação se

reverte consolidando as parcerias (Monteiro e Villela, 2009).

1989

Ocorre a criação do primeiro Grupo pela VIDDA (Pela Valorização Integração e Dignidade do Doente de AIDS) no Rio de Janeiro. O boletim epidemiológico reportou 6.371 casos e 4.893 óbitos de Aids, sendo 905 casos e 666 óbitos entre mulheres (Galvão, 2002).

1990

Fundação do Grupo de Incentivo à Vida (GIV) em São Paulo, sendo o primeiro grupo brasileiro de autoajuda para pessoas soropositivas. O boletim epidemiológico reportou 8.993 casos e 6.633 óbitos de Aids, sendo 1.390 casos e 1.008 óbitos entre mulheres (Galvão, 2002).

1991

Início da distribuição do AZT no sistema público de saúde. O boletim epidemiológico reportou 11.921 casos e 8.162 óbitos de Aids, sendo 2.064 casos e 1.355 óbitos entre mulheres (Galvão, 2002).

Concomitantemente, a doença gerou um impacto à medida que provocou ‘redes de solidariedade’ (Parker, 2000) que eram estabelecidas, no início da epidemia, principalmente por homossexuais, mas que faziam alianças não necessariamente baseadas na identidade, mas também em sentimentos de afinidade que atingiam os envolvidos, como familiares, amigos e trabalhadores da área da saúde (Santos & Schor, 2015).

2ª Onda - Luta por acesso à medicamento e construção do Movimento Global (1991 a 2001)

1992 Criação do Setor de Articulação com ONG no Programa Nacional de AIDS, atual Unidade de Articulação com a Sociedade Civil e de Direitos Humanos (SCDH).

Neste ano o boletim epidemiológico reportou 15.060 casos e 9.773 óbitos de Aids, sendo 2.997 casos e 1.808 óbitos entre mulheres (Galvão, 2002).

1993 Ocorre a assinatura do primeiro acordo de empréstimo com o Banco Mundial para o “Projeto de Controle da AIDS” e DST conhecido como “AIDS I” em que promoveu a primeira concorrência de projetos de ONG, para apoio financeiro, no âmbito do referido projeto.

O antirretroviral AZT começa a ser fabricado no Brasil por um laboratório privado e o boletim epidemiológico reportou 18.829 casos e 10.820 óbitos de Aids, sendo 3.713 casos e 2.255 óbitos entre mulheres (Galvão, 2002).

1994 Criação da Rede Nacional de Pessoas HIV+ (RNP+) e implantação dos Serviços de Assistência Especializada em HIV/AIDS (SAE) no Brasil, visando a oferecer ações de assistência, prevenção e tratamento às pessoas com HIV ou AIDS.

O SAE é uma unidade assistencial de caráter ambulatorial, que propicia o vínculo da pessoa soropositiva ou com diagnóstico de alguma outra IST com uma equipe multiprofissional ao longo de sua enfermidade. Presta atendimento médico, com resolutividade diagnóstica, e oferece tratamento com assistência farmacêutica e psicossocial aos pacientes e familiares (Silva, 2007). O boletim epidemiológico reportou 18.341 casos e 11.190 óbitos de Aids, sendo 4.314 casos e 2.500 óbitos entre mulheres (Galvão, 2002).

1995

O boletim epidemiológico reportou 20.357 casos e 11.482 óbitos de Aids, sendo 5.293 casos e 2.851 óbitos entre mulheres (Galvão, 2002).

1996

O ministério da saúde investe 34 milhões de dólares com antirretrovirais (ARVs) e os serviços de saúde distribuem os antirretrovirais AZT, ddI, ddC, 3TC, Saquinavir e Ritonavir. Neste ano, o boletim epidemiológico reportou 22.943 casos e 10.090 óbitos de Aids, sendo 6.587 casos e 2.728 óbitos entre mulheres (Galvão, 2002).

1997

Em agosto de 1997, no Rio de Janeiro, morre Herbert de Souza (ABIA), conhecido como Betinho. O ministério da saúde investe 224 milhões de dólares com ARVs atendendo 35.900 pessoas, além disso, o Brasil começa a produzir ddC e d4T e inicia a distribuição de Indinavir e d4T pelo sistema público de saúde. É reportado pelo boletim epidemiológico 23.546 casos e 8.360 óbitos de Aids, sendo 7.409 casos e 2.464 óbitos entre mulheres. (Galvão, 2002).

Houve uma manifestação da Rede Nacional de Pessoas HIV+ do Rio Grande do Sul - RNP/RS (Figura 3). Conforme Raffo (2018), um dos associados a RNP/RS que participou da manifestação:

1998

O desespero das pessoas pelo acesso aos medicamentos para o controle do HIV e AIDS e ao mesmo tempo o medo de ser descoberto como pessoas soropositivas, diante do estigma e preconceito, as pessoas decidiram usar máscaras, preservando suas identidades. O pior é que nada mudou, continuamos tendo dificuldades de acesso e o estigma e preconceito não diminuíram. Na época foi impactante para a sociedade ver várias pessoas com HIV. É o movimento fazendo história na luta contra AIDS no Brasil (Raffo, 2018, p. 1).



Protestos exigem medicamentos

Fonte: <https://www.facebook.com/photo.php?fbid=10204331573327664&set=a.2552385187145.70253.1779386974&type=3&theater>

Figura 3 – Protestos exigem medicamentos

Aconteceu também a assinatura do acordo de empréstimo com o Banco Mundial para o “Segundo Projeto e Controle da AIDS e DST”, em Dezembro, conhecido como “AIDS II” e o início da produção de ddI por laboratórios públicos. Além disso, o sistema público de saúde inicia a distribuição de Nelfinavir, Nevirapina e Delavirdina e o ministério da saúde investe 305 milhões de dólares com ARVs atendendo 55.600 pessoas segundo Galvão (2002).

Este ano marca também o início da implementação do SICLOM (Sistema de Controle Logístico de Medicamentos) e a criação, pelo ministério da saúde, do Conselho Empresarial Nacional em Prevenção ao HIV/AIDS (CEN). O boletim epidemiológico reportou 24.017 casos e 7.493 óbitos de Aids, sendo 7.905 casos e 2.207 óbitos entre mulheres (Galvão, 2002).

1999

Houve “manifestação nacional, em setembro, por organizações da sociedade civil com atividades em HIV/AIDS, pedindo a liberação de recursos financeiros para compra de medicamentos para AIDS. A compra de medicamentos ficou comprometida por conta da desvalorização cambial” (Galvão, 2002, p. 16).

Neste ano, o ministério da saúde investe 336 milhões de dólares com ARVs atendendo 73.000 pessoas, inicia a produção nacional de 3TC e da combinação AZT+3TC, bem como inicia a distribuição do Efavirenz pelo sistema público de saúde. O boletim epidemiológico reportou 20.009 casos e 5.362 óbitos de Aids, sendo 6.763 casos e 1.586 óbitos entre mulheres (Galvão, 2002).

2000

Ocorre, em novembro, uma manifestação nacional por organizações da sociedade civil com atividades em HIV/AIDS reivindicando a compra de antirretrovirais, para a rede pública de saúde, além de que inicia a produção nacional de Indinavir e Nevirapina e o ministério da saúde investe 303 milhões de dólares com ARVs atendendo 87.500 pessoas. Além disso, o boletim epidemiológico reportou 15.013 casos e 3.425 óbitos, sendo 5.189 casos e 1.049 óbitos entre mulheres (Galvão, 2002).

No período de 1995-2000, em virtude da administração dos ARVs, a mortalidade por AIDS cai 54%, no município de São Paulo, e 73%, no município do Rio de Janeiro. O Ministério da Saúde estima que entre 1997-2000, por conta da utilização dos ARVs, o SUS poupou 677 milhões de dólares em internação e tratamento de infecções oportunistas em pessoas com HIV/AIDS (Galvão, 2002, p. 18).

O Programa Nacional de DST/Aids do Ministério da Saúde financiou ações de prevenção à AIDS através de convênios com municípios e estados (Santos & Schor, 2015) integrando-se em 2009 ao Departamento de DST e Aids, o qual atualmente é denominado Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites

Virais, vinculado à Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde (Brasil, 2017b).

Porém, é importante ressaltar que já em 1996, houve a promulgação da Lei Nº 9.313, de 13 de novembro de 1996 no Brasil, que dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos para todas as pessoas soropositivas (Brasil, 1996), além de que, o início da distribuição de medicamentos para infecções oportunistas pelo sistema público de saúde ocorreu em 1988 e o início da distribuição do AZT no sistema público de saúde em 1991 como exposto (Galvão, 2002).

3ª Onda – Grandes Ações de Saúde Global e Biomedicalização da Epidemia (2001 a 2010)

Conforme Galvão (2002), o ministro da saúde José Serra, em fevereiro, ameaça quebrar a patente de medicamentos Nelfinavir, fabricado pela Roche, e Efavirenz, fabricado pela Merck. Porém, em agosto, o ministério da saúde anuncia a licença compulsória da patente do medicamento Nelfinavir no qual a Roche faz um acordo com o referido ministério para evitar o licenciamento compulsório do antirretroviral.

2001

O ministério da saúde estimou investir 422 milhões de dólares com ARVs tendo a previsão de atender 105.000 pessoas. Além disso, 597 mil foi o número estimado de pessoas infectadas pelo HIV no Brasil. O boletim epidemiológico reportou 215.810 casos e 105.595 óbitos de Aids, acumulado de 1980 até junho de 2001, sendo 56.584 casos e 23.419 óbitos entre mulheres (Galvão, 2002).

2002

A partir deste ano, os boletins epidemiológicos Aids começaram a circular melhor atualizados conforme Linha do Tempo

disponibilizada no Portal Aids do Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais nos quais os dados de notificação de Casos e Óbitos de 2002 até 2017 acumulados desde 1980 estão apresentados na Tabela 2.

Em 2003, o Programa Nacional de Aids (PN-DST/Aids) foi considerado referência mundial por diversas agências internacionais no âmbito das políticas públicas, respostas e controle da epidemia pelo HIV (Villarinho et. al., 2013).

Em 2004, com a participação da sociedade civil e dos movimentos sociais, o Governo Brasileiro instituiu o “Brasil sem Homofobia – Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLTB² e de Promoção da Cidadania Homossexual” (Brasil, 2004a), que foi elaborado pela Secretaria Especial de Direitos Humanos - SEDH da Presidência da República com “intuito de assegurar políticas, programas e ações contra a discriminação e que, sobretudo, promovam equidade de acesso a ações qualificadas aos serviços públicos” (Brasil, 2013a, p. 11).

2003/2006

Nesta perspectiva, o Ministério da Saúde constituiu, ainda em 2004, o Comitê Técnico de Saúde da População LGBT, com vistas à construção de uma política específica para o SUS conquistando representação no Conselho Nacional de Saúde (CNS), pelo segmento LGBT, em 2006.

Tal conquista conferiu “um novo sentido de atuação do movimento

² A denominação GLTB (Gays, Lésbicas, Transgêneros e Bissexuais) corresponde à designação tal qual se encontra mencionada na redação dos documentos oficiais à época.

nos processos de participação democrática no SUS, assim como permite e promove o debate de forma estratégica e permanente sobre a orientação sexual e a identidade de gênero e suas repercussões na saúde” (Brasil, 2013a, p. 11).

Conforme Villarinho et. al. (2013), em decorrência das avaliações e indicadores de desempenho dos acordos de empréstimos dos projetos AIDS I e II, as equipes do Banco Mundial e da Coordenação Nacional DST/AIDS firmaram novo convênio, designado de “Projeto AIDS III” (2003 a 2006) e objetivou aperfeiçoar os processos de gestão nos três níveis do governo brasileira, além do desenvolvimento científico e tecnológico com vistas a qualificar a resposta brasileira face a epidemia, bem como contribuir para a redução da incidência de DST’s mediante acesso ao diagnóstico precoce dando especial atenção na melhoria da qualidade de vida das pessoas soropositivas e da atenção e cuidado às DST/AIDS pelo SUS na garantia de sua sustentabilidade a médio e longo prazos. (Monteiro & Villela, 2009; Villarinho et. al., 2013).

Assim, o firmamento do Projeto AIDS III demonstrou a possibilidade do diálogo político com diversos atores para a sustentabilidade do programa brasileiro que apesar das diferenças ainda se constitui um programa de referência” (Monteiro & Villela, 2009).

2007

“A média de sobrevida após o diagnóstico de aids passou de 58 meses em 2000 para mais de 9 anos em 2007, refletindo a estruturação da resposta nacional no campo da atenção” (Brasil, 2012a, p. 10).

Neste ano foi instituído o Plano Nacional de Enfrentamento da Epidemia de AIDS e das DST entre Gays, HSH e Travestis, pelo Programa Nacional de DST e Aids, com o objetivo de enfrentar a epidemia do HIV/aids e das DST entre gays, outros HSH e travestis, por meio da redução de vulnerabilidades, estabelecendo política de prevenção, promoção e atenção integral à saúde (Brasil, 2007).

Desde a 12ª Conferência Nacional de Saúde (Brasil, 2004b), realizada em 2003, a temática dos direitos LGBT vinha sendo paulatinamente pautada pelo SUS e, em 2007, na 13ª Conferência Nacional de Saúde (Brasil, 2008a), a orientação sexual e a identidade de gênero são incluídas e compreendidas na análise da determinação social da saúde (Brasil, 2013a).

2008

“A partir de 2008, o Brasil passou a produzir preservativos masculinos de látex natural, na fábrica de Xapuri (100 milhões por ano)” (Brasil, 2012a, p. 6).

4ª Onda - Marcada, sobretudo, pela promessa do fim da AIDS (2010 até os dias atuais)

2010

“O número de serviços de atendimento especializado (SAE) para pessoas vivendo com HIV/aids aumentou de 636 em 2007 para 712 em 2010” (Brasil, 2012a, p. 9).

2011

Foi instituída a Rede Cegonha no Brasil, cujas ações, no âmbito do componente pré-natal encontram-se a prevenção e o tratamento das ISTs, HIV/Aids, sífilis e hepatites virais, com disponibilização de testes rápidos de HIV e sífilis para diagnóstico precoce (Brasil, 2015a). Neste ano foi implementada a Política Nacional de Saúde Integral de

Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, instituída pela Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011, e pactuada pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT), conforme Resolução nº 2 do dia 6 de dezembro de 2011, que orienta o Plano Operativo de Saúde Integral LGBT do Ministério da Saúde, com o objetivo de promover a saúde integral LGBT, eliminar a discriminação e o preconceito institucional, e contribuir para a redução das desigualdades e para a consolidação do SUS como sistema universal, integral e equânime (Brasil, 2013a).

2012

Desde 2005, o Brasil tem oferecido os medicamentos mais recentemente desenvolvidos no mundo. “Nos últimos anos, foram incorporados a Enfuvirtida (2005), Darunavir (2008), Raltegravir (2009), Etravirina (2010) e Maraviroque (2012), adequando a política de tratamento de pessoas com multirresistência viral” (Brasil, 2012a, p. 9).

2015

A profilaxia pós-exposição (PEP)³ do HIV é instituída, através da Portaria Nº 34, de 22 de Julho de 2015, no Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2015b, p. 1).

A rede de assistência conta com 517 Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), 712 Serviços de Assistência Especializada (SAE) e 777 Unidades de Distribuição de Medicamentos (UDM) (Brasil, 2015b).

2016

Foi padronizada a utilização da nomenclatura "Infecções Sexualmente Transmissíveis" (IST). O departamento passou a usar a nomenclatura “IST” (infecções sexualmente transmissíveis) no lugar de “DST” (doenças

³ É o uso de medicamentos antirretrovirais por pessoas após terem tido um possível contato com o HIV em situações como: violência sexual; relação sexual desprotegida (sem o uso de camisinha ou com rompimento da camisinha), acidente ocupacional (com instrumentos perfurocortantes ou em contato direto com material biológico). Para funcionar, a PEP deve ser iniciada logo após a exposição de risco, em até 72 horas; e deve ser tomada por 28 dias e não serve como substituta à camisinha (Brasil, 2017c).

sexualmente transmissíveis).

A mudança compreende a resignificação do termo ‘Doenças’ que estaria propriamente ligado a sintomas e sinais visíveis no organismo da pessoa para o termo ‘Infecções’ por esta fazer alusão a uma dinâmica mais próxima da realidade, uma vez que, as IST’s podem apresentar períodos assintomáticos, como a sífilis, herpes genital, condiloma acuminado, por exemplo; ou se manter assintomáticas por toda a vida da pessoa como nos casos de infecção pelo HPV e vírus do herpes, além de sua detecção ser somente por meio de exames laboratoriais. (Brasil, 2016).

O Grupo de Apoio à Prevenção da Aids (GAPA) encerrou suas atividades temporariamente em 2017 até terem acesso ao local prometido pela Prefeitura de Porto Alegre.

Tal despejo se deu num dos piores momentos da epidemia no Rio Grande do Sul por conta da não renovação pelo Estado do contrato de aluguel em relação à casa (Terto Jr., 2017a).

2017/2018

Foi instituída em 2017, através da Portaria Nº 21, de 25 de Maio de 2017, a profilaxia pré-exposição (PrEP)⁴ no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS que consiste no uso diário de um medicamento antirretroviral para prevenir a infecção pelo vírus.

Neste período, o Brasil enfrenta, outra vez, racionamento de exames e falta de medicamentos para o HIV/Aids em muitos estados (Rosa, 2017), o que impacta os avanços obtidos e dificulta a aproximação do País da meta

⁴ A PrEP – Profilaxia Pré-Exposição ao HIV – é o uso preventivo de medicamentos antes da exposição ao vírus do HIV, reduzindo a probabilidade da pessoa se infectar com vírus. A PrEP não é para todos e não é uma profilaxia de emergência, como é a PEP. Os públicos prioritários para PrEP são as populações-chave, que concentram o maior número de casos de HIV no país: gays e outros homens que fazem sexo com homens (HSH); pessoas trans; trabalhadores/as do sexo e parcerias sorodiferentes ou sorodiscordantes (quando uma pessoa está infectada pelo HIV e a outra não) (Brasil, 2017c).

90/90/90 da Organização das Nações Unidas (ONU).

Tal plano estabelece que os países signatários devem chegar a 2020 com 90% das pessoas que vivem com HIV testadas. Destas, 90% precisam estar em tratamento médico continuado, e destas, 90% devem estar com a carga viral zerada no sangue, pois assim atestaria a eficácia dos medicamentos (Garonce, 2017).

Tabela 2 - Casos e óbitos por Aids notificados no SINAN declarados no SIM e registrados no Siscel/SICLOM acumulados ano a ano desde 1980 (2002-2018).

Ano	Casos	Óbitos
2002	257.780	113.840
2003	310.310	149.557
2004	362.364	160.834
2005	370.333	171.854
2006	433.055	183.067
2007	407.205	192.513
2008	432.890	205.402
2009	462.237	217.091
2010	492.581	229.222
2011	524.547	241.469
2012	527.628	253.706
2013	686.478	265.698
2014	757.042	278.306
2015	798.366	290.929
2016	842.710	303.353
2017	882.810	316.088
2018	926.742	327.655

Fonte: Boletins Epidemiológicos – Linha do tempo (Brasil, 2018d)

Do total de óbitos por aids registrados no Brasil no período entre 1980 e 2018 (327.655), 70,6% ocorreram entre homens (231.257) e 29,4% entre mulheres (96.271). A razão de sexos observada em 2017 foi de 20 óbitos entre homens para cada dez óbitos entre mulheres, taxa que vem apresentando comportamento linear desde 2007, com variação entre 19 e 20 óbitos entre homens para cada dez em mulheres (Brasil, 2018).

Durante todo esse percurso cronológico permeado por continuidades, rupturas e descontinuidades, pode-se analisar, acompanhando os acontecimentos ano a ano que, nesta curta e intensa trajetória da epidemia de HIV/Aids, passamos da concepção de uma doença que afetava a poucos, para um problema de segurança pública e global. Ao mesmo tempo, o surgimento de novos medicamentos antirretrovirais, decorrentes do avanço científico-tecnológico, tem trazido esperanças fazendo com que a infecção pelo HIV tivesse, senão a cura, pelo menos os seus efeitos atenuados, melhorando ainda que brevemente a qualidade de vida, e aumentando a sobrevida, dos que tem acesso e fazem adesão ao tratamento.

Mas, apesar das aparentes vitórias, das histórias de sucesso e das respostas, o mundo está sendo confrontado com a falta de iniciativas que consigam socializar os benefícios das estratégias bem-sucedidas, seja no campo da prevenção ou em tratamento e assistência, especialmente no Brasil onde o sistema brasileiro de saúde que uma vez foi tido como referência para o tratamento do HIV/Aids tem sofrido dificuldades para corresponder as expectativas.

Após quatro décadas da identificação dos primeiros casos, do que posteriormente foi classificado e identificado como HIV/Aids, ainda se faz necessário estabelecer ações que consigam superar o estigma e a discriminação que persegue, em várias partes do mundo, as pessoas soropositivas transformando a Aids-Epidemia em uma Aids-Social (Daniel, 1989).

2.2. “SIDADANIZAÇÃO”: Estigmas e Metáforas do HIV e da Aids

Dada a articulação discursiva jornalística-biomédica-midiática no início da Aids na qual discutem Daniel e Parker (1991), Souza (2007), Bessa (1997) entre muitos autores, vemos alguns desdobramentos iniciais que atuaram em conjunto e força para assimilar o HIV e a Aids a uma determinada população que habitualmente já era estigmatizada potencializando os estigmas e as discriminações a ela acarretados.

Estas alianças, em suas negociações de sentido, tinham o direcionamento estratégico de reforçar alguns discursos sobre a infecção por HIV aproveitando-se do desconhecimento de seus fatores etiológicos e de sua fisiopatologia que agrupados às concepções morais funcionariam para identificar o vírus estritamente como de responsabilidade de homossexuais, travestis e transexuais, profissionais do sexo, usuários de drogas (toxicômanos), imigrantes e turistas haitianos, africanos e latinos.

A partir disto, como aponta Pelúcio (2009, p. 114), “qualquer um que tivesse práticas eróticas homossexuais se tornaria um “aidético” em potencial” ou como proliferado metaforicamente no senso comum da comunidade LGBT: “*carimbado com a tia sidinha*”.

Inicia-se, portanto, conforme a autora, um processo de “sidadanização”, uma vez que o processo de construção da cidadania das pessoas soropositivas foi estrategicamente pautado por interesses estatais biopolíticos de caráter epidemiológico a fim de reforçar às identidades já estigmatizadas (Pelúcio, 2009).

Tais associações de um vírus desconhecido a determinados grupos de pessoas contribuíram no processo de moralização, racialização e homossexualização do HIV (Perlongher, 1987), e conseqüentemente nos estigmas relacionados promovendo a exclusão social e a discriminação das pessoas soropositivas.

Em detrimento disto, a doença foi colocada no contexto da palavra silenciada e assombrada elencando entraves para a produção de uma literatura e respostas sobre o HIV, posto que não havia uma certa perspectiva de uma realidade, apenas alguns textos de Susan Sontag, Richard Parker, Herbert Daniel, Caio Fernando de Abreu entre outros (Bessa, 1997)

Sontag (2007), na publicação de seu livro *Doença como Metáfora - Aids como Metáfora*, motivada pela constatação de que as pessoas que sofrem de câncer são estigmatizadas, analisa criticamente as doenças tidas como fatais: câncer, tuberculose e sífilis (até ser descobertas ambas as curas) e a aids.

Em sua avaliação, a referida autora busca uma apreensão mais política e sociológica destas construções metafóricas e verifica que as metáforas ainda prevalentes no que dizem respeito ao HIV e a Aids estão diretamente associadas aos estigmas e preconceitos do que propriamente aos sinais e sintomas do vírus, ou aos efeitos colaterais dos antirretrovirais que se amenizam após o processo de adaptação do organismo a droga.

A genealogia metafórica da aids é dupla. Enquanto microprocesso, ela é encarada como o câncer: como uma invasão. Quando o que está em foco é a transmissão da doença, invoca-se uma metáfora mais antiga, que lembra a sífilis: a da poluição. (Sontag, 2007, p. 65)

Talvez por isto, Sander Gilman (1991) demarca que a categorização da Aids não se deu como a de uma infecção viral como foi com a hepatite B, mas como a de uma infecção sexualmente transmissível como a sífilis.

Em tal grau, as reações psicossociais da época foram as mais diversas como a expulsão de pessoas soropositivas de suas cidades, principalmente de zonas rurais e cidades pequenas, pois a compreensão que se tinha, especialmente pelas crenças cristãs, era a de uma justiça divina às ‘sexualidades desviantes’, um mal encarnado no corpo que era preciso expurgar (Parker & Aggleton, 2001; Souza, 2007).

Sendo o HIV conotado na moral, só influenciaria na perpetuação de um padrão de preconceito a nível elevado transformando-se ao que se pode chamar de uma sociedade dividida em castas – os “poluídos” dos “não poluídos” e que diferente da dinâmica relacionada ao câncer, não promoveria a comoção ou solidariedade das pessoas, mas a culpabilização e a expiação ancoradas em termos de pecado, promiscuidade, poluição e ameaça social.

Desde o início, a construção da doença, baseou-se em conceitos que separavam um grupo humano de outro – os doentes dos sãos, as pessoas que têm arc⁵ das que têm

⁵ Sigla originada da expressão em inglês Aids Related Complex (Complexo Relacionado à Aids). Esta expressão foi muito utilizada na década de 80 para caracterizar os estágios clínicos intermediários da infecção pelo HIV em pacientes que já apresentavam um conjunto de sinais, sintomas e alterações laboratoriais, sem, no entanto, caracterizar claramente uma síndrome clínica de imunodeficiência (síndrome da imunodeficiência adquirida - SIDA ou AIDS), com a presença de doenças oportunistas. Tokens:91 (Brasil, 2008b)

aids, “eles” de “nós” – e ao mesmo tempo apontava para a dissolução iminente dessas distinções. Por mais cautelosas que fossem, as previsões sempre pareciam fatalistas (Sontag, 2007, p. 77).

Fora os sintomas do corpo, as pessoas soropositivas experimentaríamos também um sintoma social e psicológico capaz de fazerem se sentir excluídas da sociedade por conta desta estratificação social caracterizada pelo higienismo no qual aponta Sontag (2007).

Além do preconceito, o sexo passou a ser concebido como ameaçador de modo a acentuar o moralismo, pois se percebia a continuidade da humanidade ameaçada pelo caráter epidêmico da Aids desencadeando um pânico social (Barbará, Sachetti & Crepaldi, 2005).

Todavia, o termo Aids mesmo apareceu, conforme Souza (2007), apenas em 1982, quando aproximadamente mais de 1500 norte-americanos foram diagnosticados com a doença. E em 1987 que Ronald Reagan, presidente dos Estados Unidos da América no período de 1981 a 1989, mencionou publicamente a palavra pela primeira vez.

Neste período, o número de casos registrados tinha se elevado para 60.000, dos quais 30.000 foram fatais. Paralelamente, o autor ainda ressalta que havia uma grande dificuldade no atendimento e nos estabelecimentos de saúde em relação à doença, o que contribuía para o aumento do pânico das populações, principalmente porque era amplamente divulgado que a estimativa de vida era de no máximo cinco anos (Souza, 2007).

A partir disto, se faz necessário explicar que HIV e Aids não são mais sinônimos visto que nem toda pessoa soropositiva (com diagnóstico de infecção pelo HIV) chega a desenvolver a Aids por conta dos tratamentos antirretrovirais de alta potência atuais. Desta forma, o primeiro diz respeito ao vírus que destrói as células de defesa do corpo humano e o segundo seria caracterizado pela manifestação da doença em si (quando há deterioração da função imunológica do organismo, por conta da alta replicação do vírus, ficando vulnerável a doenças oportunistas de vários tipos) (UNAIDS, 2017).

Assim como também se faz importante destacar, recorrendo a uma teoria crítica de gênero, de que a vivência da sexualidade e/ou do gênero são dimensões diferentes e que não se confundem ainda que possam se relacionar em que o primeiro abarca questões de desejo e orientação sexual (Homossexuais, Lésbicas, Bissexuais, Heterossexuais, Pansexuais, Assexuais entre outros); e o segundo a uma funcionalidade de gênero (Crossdressers, Drag Queens, Drag Kings, Andróginos e transformistas) ou identidade de gênero (Transexuais, Travestis, Trangêneros e Cisgêneros). Por este motivo é que pessoas trans como pessoas cisgêneras⁶ podem ser heterossexuais, lésbicas, homossexuais, bissexuais etc. (Jesus, 2012).

No início da epidemia de Aids, era popular a referência a “grupos de riscos” para denominar a incidência da doença em uma determinada população (Bessa, 1997; Souza, 2007).

Atualmente, fala-se em comportamentos que possam apresentar maiores contatos e exposições ao HIV relacionados à vulnerabilizações diversas e não mais em “grupos de risco”, dado que o vírus não escolhe ou tem simpatia por determinadas pessoas (Bastos, 2006) e sim que há comportamentos que possam ser experimentados por diferentes pessoas capazes de apresentar maiores infecções por HIV: práticas sexuais sem preservativo, o compartilhamento de seringas na utilização de drogas injetáveis, transfusão de sangue entre outros (Brasil, 2014), porém a gestão do risco, conceito no qual trabalharei mais à frente, ainda se faz presente seguindo as cadeias de transmissão/população que se apresentar mais favorável.

Da mesma forma, como salienta o GIV - Grupo de Incentivo à Vida (1997), chamar alguém de *aidético* significa narrar que essa pessoa é a própria doença, ou seja, constrói-se pelo campo da linguagem em uso um novo contexto para o HIV e para a pessoa soropositiva que seria concebida como amaldiçoada ou que tem mau agouro.

⁶ Conceito “guarda-chuva” que abrange as pessoas que se identificam com o gênero que lhes foi determinado quando de seu nascimento. (Jesus, 2012, p. 14)

O termo toma a intenção de estigmatizar e injuriar as pessoas com sorologia positiva para o HIV, tornando-as sinônimas da doença. Ou seja, desumaniza e destitui-se a pessoa de seus direitos ditos inalienáveis, passando a ser vista como uma pessoa condenada, sentenciada a morte e por ser assim, sem muitas possibilidades de vida.

Deste modo, é preciso refletir sobre os efeitos que os termos em circulação têm produzido e que podem estabelecer conhecimentos um tanto que destoantes da realidade soropositiva como: “Portador de HIV/Aids” e “Pessoas vivendo com HIV/Aids”.

A primeira expressão pode pressupor que a pessoa porta o vírus, como porta um documento e o carrega consigo podendo descarregar a hora que sentir vontade. Já a segunda, aceita pelo Guia de terminologia do UNAIDS (2017) pode passar uma ideia de personificação da doença, o que é especialmente inadequado, pois a pessoa não pode deixar de viver com vírus caso queira.

Ainda que ambas sejam pronunciadas muitas vezes por ativistas e pela população em geral, além de serem utilizadas nos programas e ações do governo federal e do ministério da saúde, é importante chamar atenção para estas expressões para não reforçar os fenômenos de preconceito e estigma relacionados demandando o rompimento com formas discriminatórias de tratamento em busca do investimento em linguagens inclusivas e tratamentos humanizados que estejam mais próximos a realidade das pessoas com sorologia positiva ou não para o HIV.

Assim, novas expressões têm emergido como “pessoas soropositivas para o HIV” ou “pessoas vulnerabilizadas pela AIDS” (somente para pessoas que possuem doenças oportunistas relacionadas à AIDS) como aponta o GIV – Grupo de Incentivo à Vida e o Guia de terminologia do UNAIDS (2017).

Porém, ainda que negociadas e concebidas como mais adequadas pelas convenções sociais e a adoção destas em todo o presente trabalho em conformidade com as recomendações terminológicas presentes no guia do UNAIDS (2017) por não haver a

superação das mesmas, é importante destacar que qualificar as pessoas e dividi-las entre soropositivas e soronegativas, semelhando-se ao que já apontava Susan Sontag (2007), também pode se tornar especialmente problemático e ineficaz para a saúde e para o controle da epidemia no mundo, pois ainda assim não explanaria nada sobre os riscos de transmissão e sobre a tensão que receber um diagnóstico positivo para o HIV possui e que impactam diretamente sobre a noção de transmissibilidade considerando a cultura de estigma e discriminação que persiste e promove diversos tipos de sofrimento.

Neste sentido, Jovem Soropositivo (2014), pseudônimo de um jovem paulistano soropositivo heterossexual que publicou uma matéria sobre esta problemática em um sítio da internet - huffpostbrasil.com, salienta que há aqueles que buscam saber de suas sorologias, sejam elas positivas ou negativas.

E também aqueles que não sabem o qual ele chama de “sorointerrogativo, um apelido bem apropriado para este caso. (Há também aqueles que não fazem o teste porque morrem de medo dele ou do seu resultado, a quem eu gosto carinhosamente de apelidar de sorodesesperados!)” (Jovem Soropositivo, 2014).

Tais reflexões nos convocam a (re)pensar e colocam em campo outros pontos de análise para uma convenção mais real das terminologias em circulação e que são indicadas para o processo de saúde-doença do HIV, sobretudo nas questões de prevenção e promoção da saúde.

Assim, ao narrar neste trabalho, pretendo não somente construir um diálogo entre o campo-tema e a ciência, mas também um diálogo para outras pessoas que não sejam nem do campo-tema e nem da Psicologia ou qualquer outra ciência como salienta Spink (2003).

Ou seja, para que possam também se vincular: “No lugar dos lugares, a transparência das contribuições diferentes é a base da coletividade” (Spink, 2003, p. 38).

2.3. O fim da quarta e prelúdio da quinta década do HIV

O Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais do Ministério da Saúde do Governo Federal estima que no Brasil há aproximadamente 830 mil pessoas soropositivas para o HIV (UNAIDS, 2016).

O Brasil foi o primeiro país em desenvolvimento a distribuir gratuitamente os remédios antirretrovirais para as pessoas com sorologia positiva para o HIV pela Lei nº 9.313, de 13 de Novembro de 1996, porém a dispensação oficial do primeiro antirretroviral (Zidovudina-AZT) ocorreu em 1991 (Lago & Costa, 2010) conforme cronologia organizada anteriormente.

Com isto, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi considerado pioneiro e líder nas respostas sobre as infecções por HIV (Brasil, 2013b), com oferta de tratamento independente do estágio em que ela se encontra no organismo humano.

Contudo, desde 2016 até a presente data, algumas propostas foram apresentadas que pretendem alterar a gratuidade dos antirretrovirais que passariam a ser pagos, além de enfrentar racionamentos em exames de CD4 e Carga Viral, diferentes fracionamentos na dispensação de medicamentos antirretrovirais muitas vezes inexistentes em alguns estados comprometendo a saúde dos usuários e a tentativa de desmonte do SUS enquanto um sistema de saúde pública e universal (Welle, 2016; Rosa, 2017).

Estas supressões impactam nas respostas para o HIV e conseqüentemente na prevenção de novos casos em razão de que estudos recentes, com resultados sólidos e conclusivos, como o HPTN 052 de 2010, Partner, de 2016 e o Opposites Attract divulgados no fim de julho de 2017 na 9ª Conferência Internacional da Sociedade de Aids sobre Ciência do HIV, a IAS 2017, em Paris, que evidenciaram que pessoas indetectáveis para o HIV, ou seja, aquelas que fazem uso contínuo da medicação e possuem quantidades indetectáveis de vírus no sangue, não transmitem o vírus para outras pessoas.

O Opposites Attract foi um estudo que realizou o recrutamento e acompanhamento de 358 casais homossexuais sorodiscordantes em clínicas na Austrália (157), em Bangkok (105) e no Rio de Janeiro (96). Em seus resultados, foi constatada a prática de 16.889 atos de sexo anal sem camisinha nas quais nenhuma transmissão do HIV foi observada em que o parceiro soropositivo fazia tratamento antirretroviral e tinha carga viral indetectável (Bavinton et al., 2017).

Considera-se carga viral indetectável a quantidade de vírus inferior a 40 cópias por ml de sangue. Tais estudos têm levado à atualização da mensagem sobre transmissibilidade do HIV no qual possíveis pequenos aumentos transitórios na carga viral (conhecidos clinicamente como “blips”) não influenciam na transmissibilidade validando a tese de que “Indetectável = Intransmissível” (UNAIDS, 2018).

Apesar disto, ainda parece que nas discussões sobre o HIV sempre se está nadando na superfície sendo necessário ir mais a fundo, navegar nas profundezas do vírus sem temer.

Os tempos são outros? Mas décadas de silenciamento, mitos de superação da epidemia e uma reação de golpes e dos setores reacionários ao aumento das pautas políticas de gênero, sexualidade, raça, pobreza entre outras trazem a consequência da permanência do preconceito e das políticas de captura e extermínio que diz respeito a toda a nossa estrutura política social, ao conservadorismo que assola o Brasil (Galindo et al., 2017) e que corroboram para as produções de sentidos sobre o HIV/Aids impactando na construção de melhores respostas.

Portanto, neste panorama e prelúdio da quinta década da Aids, é importante considerar a eleição de Jair Messias Bolsonaro à Presidência do Brasil (2019-2022) em que veiculou explicitamente o direcionamento do seu governo no combate as minorias sociais e as políticas públicas e sociais como a do HIV/Aids, pois em seu entendimento o “HIV não é problema dele e de seu governo, pois quem vive na vida “mundana” não deveria buscar o serviço público para se tratar”.

Assim, o presidente não faz esforços para esconder o conservadorismo e a moral que preenche o núcleo de seu governo e atua para potencializar o desmonte do SUS sucateando o Programa Nacional de Aids que é referência mundial impactando na falta de medicamentos e exames de CD4/ Carga Viral, além de contribuir para a supressão da temática de educação sexual nas escolas e das campanhas e políticas de prevenção (ABIA, 2018).

3. Implicações (AS) Sintomáticas sobre o HIV e a Aids

Nós contamos histórias e nós nos tornamos as histórias que nós contamos. Os contadores e contadoras de histórias nos contam sobre valores, sobre heróis, heroínas, sobre o passado e sobre o presente, para que possamos vir a ser as histórias que são contadas. Seguramos seus aventais, sentamos no chão a seus pés e nos localizamos e posicionamos nas tramas que aí desenrolam.

Peter Spink (2003, p. 22)

Não restam dúvidas que o surgimento do HIV no Brasil acontece quase que simultaneamente ao cenário internacional e sua gravidade já admitida sinalizava o aparecimento de um problema de saúde pública e social que se debruçou sobre o contexto ditatorial na qual o país estava passando.

Décadas de 70 para 80, Weluma Brown – travesti e chacrete⁷ na aludida época – conta que a palavra travesti era uma palavra interdita de se pronunciar e que muitas delas, por conta das constantes caças policiais aos LGBT's e da lei da vadiagem, se cortavam e ameaçavam utilizar seu sangue para não serem capturadas pela milícia já que estes tinham temor ao sangue “promíscuo” e “estigmatizante” das pessoas objetificadas pelo pânico moral que encontraria no HIV e na Aids seu ponto de retenção (Galindo et al., 2017).

Pelo HIV surgir através de discursos estigmatizadores sobre as minorias sociais, sexuais e de gênero como já exposto, pode-se compreender este fenômeno como um efeito do dispositivo da sexualidade que intercala as forças e os poderes reguladores em nossa sociedade, especialmente nos que incide nas produções de sentido sobre o HIV.

Tomando as considerações de Rago (2011a), o dispositivo operaria sobre as experiências e as práticas sexuais se lançando em classificações e individualizações, nas quais

⁷ Chacretes eram as assistentes de palco dos programas do Chacrinha apresentado por Abelardo "Chacrinha" Barbosa. Dos anos 50 ao fim da década de 80 – entre TV Tupi (Discoteca do Chacrinha), TV Rio, TV Bandeirantes e Rede Globo (onde ficou de 1970 a 1988, à frente da Discoteca do Chacrinha, Buzina do Chacrinha e Cassino do Chacrinha) – Chacrinha batizou e dividiu o palco com 500 Chacretes (Beresford, 2014).

os privilégios das relações saber-poder seriam regulados pela tecnologia do biopoder como fundamentação estratégica para regulamentação da vida em diversos setores sociais, culturais e no caso do HIV, nas políticas de saúde também.

Ou seja, o investimento do biopoder consistiria no entrelaçamento de corpo-espécie, que produziriam desígnios para a instalação de políticas de depreciação dos prazeres e das pessoas, com vistas a classificá-los e marca-los como perversões sexuais e desvios abjetos da norma heterossexual e cisgênera compreendida como limpa, pura, natural e desejável (Pelúcio & Miskolci, 2009).

Cunhado por Michel Foucault (1988), o conceito de dispositivo se desvela como uma gama de forças heterogêneas que se envolvem a partir de finalidades específicas, contemplando práticas discursivas e não discursivas, instituições, leis, enunciados científicos, filosóficos, filantrópicos e morais por um conjunto de regimes, curvas e linhas indicados a produzir modos de subjetivação específicos (Foucault, 1988).

Pelúcio e Miskolci (2009, p. 130) pontuam que “o dispositivo raramente proíbe ou nega, antes controla e produz verdades moldando subjetividades. No caso da Aids, são subjetividades marcadas pela culpa e pela impureza, sintetizadas nos seus desejos tomados como ameaçadores da ordem social”.

A compreensão desta forma contemporânea de ordenar, classificar e controlar a sexualidade exige retomar o modo como as autoridades de saúde pública reagiram à emergência da epidemia de HIV-aids construindo a doença como sexualmente transmissível, o que permitiu que – por meios agnósticos e “científicos” – se mantivesse a crença em um antagonismo originário entre o desejo e a ordem social. Isto se deu pela eleição do homoerotismo como a grande ameaça, de forma que – por meio de sua associação com um vírus mortal – assistimos à criação do maior pânico sexual da história contemporânea (Pelúcio & Miskolci, 2009, p 131).

Assim, a autora e o autor vão declarar que a epidemia de HIV permitiu reforçar a norma heterossexual potencializando o dispositivo da sexualidade na qual destrincha Foucault (1988), pela sua patologização e captura das sexualidades e gêneros considerados dissidentes, o que nas suas últimas quatro décadas tem se revelado eficiente por conta do dispositivo em

relação a Aids assentir com os antigos prazeres perversos em formas moldadas por padrões cisgêneros e heterossexuais (Pelúcio & Miskolci, 2009) desvelando-se assim a institucionalização da “sidadanização” na qual apontava Pelúcio (2009).

O modo como a articulação discursiva jornalística-biomédica-midiática operou para dar sentido a uma nova infecção que estava caminhando por todo o planeta foi explicitamente pautada em bodes expiatórios.

Ou seja, quando o “Centro de Controle de Doenças nos Estados Unidos verificou o aumento inexplicável da incidência de sarcoma de Kaposi e de pneumonia provocada pelo protozoário *Pneumocystis Carinii* em homossexuais adultos, até então sadios” (Perlongher, 1987, p. 39), bem como em imigrantes haitianos, buscou-se fazer amarrações entre estas relações para demarcar uma Racialização e Homossexualização do vírus como salienta o autor, além de fazer proliferar uma prática discursiva altamente discriminatória passando a ideia de que o vírus atingiria algumas populações específicas enquanto outras estariam livres da infecção por HIV.

Desta forma, como aponta Pelúcio e Miskolci (2009) o pânico social gerado pela ideia de peste, de incurabilidade e de morte agregou-se as conflitantes informações médicas e a falta de respostas efetivas provindas do poder público evidenciando todos os elementos para que se acionasse a perseguição aos “culpados” (Pelúcio & Miskolci, 2009).

“Nos primeiros dias da epidemia de aids. Haitianos passaram a fazer parte dos ‘quatro H’ de ‘homossexuais, viciados em heroína, hemofílicos e haitianos’” (Westcott, 2014, p. 1). Assim, estava assinalado um tipo de sexualidade (a homossexual), um viés de raça/etnia (negritude e latinidade) e um gênero (masculino) (Pelúcio & Miskolci, 2009).

Segundo a primeira suspeita, as excursões de gays americanos para o Haiti teriam voltado aos Estados Unidos trazendo o vírus na bagagem. Se, em vez de se fantasiar sobre os circuitos espermáticos da AIDS, se levarem consideração a transmissão sanguínea do vírus, as hipóteses tornam-se menos festivas. Poderia existir, talvez, alguma possibilidade de o vírus ter entrado nos Estados Unidos desde o Haiti, pela via

da transfusão. O Haiti era então um dos principais provedores de sangue humano para o mercado hospitalar norte-americano (Perlongher, 1987, pp. 39-40).

Concepção esta que na contemporaneidade não mais se justifica ainda que se tenha permanecido no senso comum e nas interações sociais. A narrativa surge como forma de culpar a promiscuidade de homossexuais pela epidemia, a partir de uma leitura social e moral, colocar a Aids como punição por seu “mau comportamento”, e desejo de encontrar um bode expiatório assim como foi com o mito do paciente zero desmistificado pela ciência:

Cientistas afirmam que o comissário Gaétan Dugas não foi o responsável por trazer o HIV para os EUA, ao contrário do que diziam reportagens da década de 1980. Vírus já estava presente nos EUA na década de 1970. [...] Os resultados obtidos por Worobey apontam que “no final dos anos 1980, a epidemia do HIV já exibia ampla diversidade genética – principalmente na cidade de Nova York”. A doença não poderia ter sido trazida pelo comissário para os EUA na década de 1980, portanto. Os pesquisadores acreditam que o vírus imigrou da África para o Caribe em 1967, e de lá foi transmitido pelo continente até alcançar Nova York em 1970, e San Francisco em 1975 (Caparica, 2016, p. 1).

Com base no exposto, o referente capítulo pretende burilar o “dispositivo da Aids” denominad desta forma por Pelúcio e Miskolci (2009) o qual compreendemos como um efeito do dispositivo da sexualidade (Foucault, 1988), suas linhas, repertórios e seus mecanismos de regulamentação da vida em diferentes circulações, continuidades e descontinuidades na contemporaneidade que se atravessam e ramificam no âmbito social, econômico, cultural, político, midiático, religioso e psicológico servindo como uma tela para localizar a discussão em seu estado da arte, bem como para lançar luz sobre os sentidos e discursos que tem sido produzido sobre a infecção pelo HIV de forma a ponderar seu impacto de “cidadanização”

3.1. Biopoder, biopolíticas e o dispositivo da Aids

Compreendendo que a cultura integra o passado e o presente na vida cotidiana, “por isso a compreensão da centralidade do discurso do dispositivo da Aids exige refazer – de forma crítica – um histórico do contexto de erupção da epidemia, os temores da época e suas imagens privilegiadas” (Pelúcio & Miskolci, 2009, p. 132).

Este processo é marcado por diferentes conflitos que se fazem presente nas curvas deste dispositivo e sua operacionalização fantasmagórica como um intercâmbio onde as articulações das produções de sentido e de poder se manifestam nos fenômenos sociais, econômicos, culturais, midiáticos, religiosos e psicológicos.

Estes fenômenos quando relacionados a gêneros e sexualidades podem nos dar pistas e repertórios para compreender as dinâmicas e os impactos que se articulam no processo de saúde-doença pelo HIV.

Michel Foucault (1979) em *Microfísica do Poder* propõe conceitos de extrema importância para um entendimento mais profundo sobre nossa sociedade. Inicialmente porque ele não considera o poder como ele é compreendido pela maioria das pessoas.

Para o autor, o poder não se tem, mas seria aquilo que se exerce através de instituições, convenções sociais e morais, organizações entre outras que se unem em microesferas para exercer poder sobre as pessoas.

Além disso, Foucault (1979) descaracteriza o Estado como única figura detentora de poder que direciona as pessoas. Com isto, ele rompe com ideias de outros autores, como Hobbes (1997), que acreditava em um modelo vertical de Estado para a dominação das massas.

Para Foucault (1979), esta não seria a única forma de poder, o autor conclui que existem outras instituições nas quais as pessoas pertencem como a família, escola, religião, moral, trabalho entre outras que também se encarregariam de discipliná-las fabricando-as gradualmente.

Para tanto, seria necessária então uma constante vigilância para a eficácia do exercício do poder que interiorizaria um comportamento nas pessoas de tal forma que estas passariam a requisitá-lo. A partir disto, segundo o autor, ocorreria a passagem de uma sociedade

disciplinar para uma sociedade de controle que defenderia algo de interesse para todas as pessoas: A vida.

Assim ele desenvolve o alicerce para se pensar esta sociedade do controle que, em suma, ele denomina de Biopoder e Biopolíticas que seriam políticas de produções de vida para a manutenção da dominação sobre as pessoas (Foucault, 1979). A Biopolítica sequenciaria a potencialização de certas pessoas e resultaria em uma das vertentes de dominação do próprio sistema capitalista contemporâneo.

É neste sistema de dominação que entra o “dispositivo da Aids”, o qual discutem Pelúcio & Miskolci (2009), e se distingue pela seletiva prescrição de meios de controle e normalização dos comportamentos, ou seja, aplica-se mais regras a determinadas pessoas do que outras neste jogo de economia política do desejo. “Exige-se de alguns maior controle e racionalização no que toca a seus desejos, enquanto a outros é atribuída uma inerente normalidade que os libera do mesmo grau de pressão e demanda em relação às suas vidas e aos seus amores” (Pelúcio & Miskolci, 2009, p. 143)

Portanto, ele promove assujeitamentos, mas também resistências e (res)significações na esfera do desejo, do discurso, do erotismo e gênero não-normativo. É neste campo que o “dispositivo da Aids” opera e produz sentido como forma estratégica de normalização materializada em uma espécie de imposição de bases heterocissexistas construídas sobre a égide que apontam para um futuro da vida como monogâmica, heterossexual, cisgênera, reprodutiva, familiar, em suma, privada e sob controle (Pelúcio & Miskolci, 2009).

A partir disto, novas configurações sobre as práticas sexuais são impostas para a comunidade LGBT, ao passo que esta imperatividade não aconteceria da mesma forma para a comunidade heterossexual como o safe sex (sexo seguro) onde há o preservativo é tido e reduzido como sinônimo de fidelidade.

Para abarcar a dinâmica da operacionalização do biopoder, da biopolítica e do “dispositivo da Aids”, através de uma revisão de literatura sobre a temática, me apoio em quatro eixos implicantes: Ciência, Estado, Sociedade e Pessoa.

O eixo da Ciência está intimamente ligado aos percalços biomédicos, políticos e econômicos que envolve(m)ram a doença e dão base para as ramificações discursivas-biomédicas atuais (Greco, 2008; Valle, 2010; Lima et. al.,2015).

O eixo do Estado toma os aspectos econômicos e religiosos de sua estrutura para a operacionalização do dispositivo da Aids a níveis de institucionalização de uma política higienista e genocida contra as pessoas soropositivas, especialmente na primeira e quarta década do HIV estabelecendo um retrocesso e prelúdio para a quinta década (Foucault, 1979; Löwy, 2000; Valle, 2010; Ecco, 2013; Brasil, 2015c; Lima et. al., 2015; Löwy, 2016; Rosa, 2017; Parker, 2017; Galindo et al., 2017).

Já a Sociedade e as Pessoas, constituindo-se em sua interação mutua, diz respeito aos estigmas e os repertórios interpretativos sociais, culturais, midiáticos, religiosos e psicológicos que circulam em movimentos perpendiculares ora fazendo forças de re(ex)sistência, ora em forças de capturas que se unem em “microesferas” e exercem poder sobre as pessoas intervindo na sua autonomia a depender de seu contexto histórico (Foucault, 1988; Parker, 2000; Parker & Aggleton, 2001; Goffman, 2004; Garcia & Koyama, 2008; Souza, 2007; Gouveia, 2013; Neto, 2014; Abreu, 2016; Parker, 2017).

3.2. Impacto Científico: *Vírus Letal!*

Com o advento do HIV, é memorável o impacto que a ciência teve em sua capacidade para estudar, aprimorar e contribuir para prolongar e melhorar a qualidade de vida de pessoas que estavam adoecendo e morrendo pelo vírus, além de aperfeiçoar as condições técnico-científicas dos profissionais da saúde.

Entretanto, como afirma Greco (2008, p. 75), essa vitória científica “não se reverteu em benefício mundial, mas ficou restrita especialmente aos países centrais, industrializados, trazendo à berlinda a grande necessidade de discutir eticamente o acesso do progresso científico para todas as pessoas que dele necessitem”

É na discussão ética da ciência que se debruça o autor, especialmente nas justificativas utilizadas para diminuir as exigências éticas em pesquisa com seres humanos, principalmente em países subdesenvolvidos por serem considerados pobres e não terem o mesmo acesso aos tratamentos ideais, além da pressão em promover respostas rápidas que controlassem a disseminação da infecção.

Assim, a Declaração de Helsinque (1996) na qual expõe Greco (2008), que foi tida como um dos principais documentos éticos de referência, é contestada pela comunidade científica de modo a “autorizar” pesquisas que pudessem trazer riscos para pacientes soropositivos como em um estudo que pretendia prevenir a transmissão materno-fetal do HIV realizados em países da África, na República Dominicana e na Tailândia que em seus procedimentos estavam previstos a administração de placebo (Greco, 2008).

A partir disto, gerou-se uma tensão no campo científico no qual argumentos falaciosos vieram à tona com a intenção de alterar alguns itens da Declaração de Helsinque com vistas a permitir a utilização de placebo, principalmente em países que não houvesse tratamento eficaz disponível (Greco, 2008).

Felizmente, a proposta foi rejeitada, mas nos permite visualizar as manobras do “dispositivo da Aids” em que, pautada por um regime antiético e de extrema violência a aqueles em situação de vulnerabilização, mobilizou o campo científico sobre a justificativa de “pelo bem da ciência e do controle da epidemia”, principalmente em uma época em que a infecção era tida como sinônimo de homossexualidade.

Tal associação advém da validação de uma nomenclatura (GRID – Gay Related Immune Deficiency) para a doença pelos meios científicos que só deixou de utilizada por conta da pressão exercida por grupos que lutavam pelo reconhecimento de direitos dos homossexuais nos Estados Unidos. Contudo, o campo científico ainda continuou a caracterizá-la de câncer gay reforçando, através do discurso médico, a relação entre aids e homossexualidade desde o princípio da doença (Daniel & Parker, 1991).

Demonstra-se, portanto, que o conhecimento científico foi construído sobre a linguagem e o preconceito tomou mais importância do que a própria pessoa que adoece por HIV (Camargo Jr., 1994) indo ao encontro do que Wittgenstein (1991) já elucidava de que não há como pressupor que qualquer referência a objetos possa ser feita fora do âmbito de algum tipo de linguagem.

Nesta época, homossexualidade era o termo dado à todas as orientações sexuais não heterossexuais e gêneros não cisgêneros. Assim, era incorporado nesse grupo também as pessoas trans já que o debate sobre identidade de gênero e orientação sexual ainda estava em ascensão e não haviam convenções sociais deliberadas como na atualidade. Contudo, é preciso destacar a importância que as travestis tiveram para a luta e construção de respostas para a doença (Pelúcio, 2009).

Em contrapartida, não se pode esquecer a atuação da FDA – Food and Drugs Administration (FDA-EUA), órgão responsável pela aprovação e pelo registro de medicamentos nos Estados Unidos. Em 1986, a FDA cometeu várias infrações em nome da ciência na qual alegava estar preocupada em “assegurar a qualidade dos dados” (Greco, 2008, p. 79), e não daqueles que necessitavam de medicamentos eficazes para não virem a óbito, já que a expectativa de vida era mínima como pode ser observado no filme *Clube de Compras Dallas*, de 2014 (Vallée, 2014).

O filme é baseado em uma história real e faz fortes críticas a FDA, em seus testes com a droga experimental AZT, pois se percebeu que com o frequente uso desta droga, ela destruía todas as células, infectadas ou não, da pessoa soropositiva. Porém, o impasse da FDA de não autorizar a compra de remédios “ilegais” nos Estados Unidos gera um colapso para as pessoas soropositivas que formam “clube de compras” que ofereceria outro medicamento vindo do México, já que estavam desamparados pelo governo dos EUA e pela FDA que considerava estas práticas clandestinas e ilegais.

Portanto, o que estaria intrínseco nestas manobras operadas pela Ciência e principalmente pela FDA considerando o contexto de surgimento do HIV e as primeiras populações diagnosticadas? É certo que o dispositivo da Aids e da Sexualidade, na tentativa de captura destes corpos considerados poluídos e sentenciados a morte, abriu o campo para as biopolíticas de extermínio de uma Ciência que estava interessada em fazer experimentos com seres humanos como se estes fossem meros ratos de laboratório, ou o que Valle (2010, p. 37) aponta em seu estudo etnográfico com pessoas soropositivas que, “as expectativas geradas pela circulação global de saberes, práticas e terapêuticas farmacológicas não impedia que houvesse, muitas vezes, a criação de uma imagem peculiar e negativa de “cobaia” da Aids”.

Grande parte destas incertezas e dúvidas científicas fazem parte do mundo atual que na tentativa de encontrar uma cura efetiva para a doença vem explorando e desenvolvendo novas tecnologias biomédicas, ao passo, que do passado citado até a presente sociedade, diversas práticas clínicas tem tomado o status de “doença crônica” para o HIV (Valle, 2010; UNAIDS, 2017), o que pode ser prejudicial para a adesão ao tratamento se considerarmos que a dinâmica do vírus não se assemelha a outras doenças crônicas como a diabetes e a hipertensão.

A única proximidade consistiria então na frequência da utilização de remédios para controle do agente patológico, mas tomando os aspectos fisiopatológicos e de tratamento da

doença, estas em nada se aproximam em termos de cronicidade. Contudo, conforme Siegel & Lekas (2002), essa compreensão gerou um impacto considerável na vida de pessoas soropositivas, diminuindo o temor sobre a iminência da morte e possibilitando a permanência de relações sociais, de trabalho e afetivas na vida.

Mas, é importante não deixar de lado a preocupação com os fatores de proteção no desenvolvimento destas pessoas, os quais podem estar contribuindo para sua saúde, bem-estar, qualidade de vida e resiliência. Ou seja, olhar para além da ingestão de remédios indo ao encontro de uma compreensão mais ampla que leve em consideração outros aspectos como vínculo com a equipe de saúde, acesso à informação, hábitos, necessidades pessoais e sociais, estigmas, preconceitos entre outros. (Lima et. al., 2015).

3.3. Impacto do Estado: Ameaça Social!

Políticas, programas e ações foram criados. Alguns sustentados e modificados, outros não! Foram necessárias algumas décadas para que o Estado Brasileiro reconhecesse de fato a importância de um projeto político social e de saúde para respostas ao HIV, mas que ainda perpassa por muitas dificuldades.

Neste sentido, pode-se analisar que o aumento de casos de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's) somados a ausência de conhecimentos, informações e aos aspectos culturais e sociais no qual surgiram os primeiros programas e políticas nessa área, dificultaram o surgimento de respostas preventivas e eficazes diante da grande mortalidade e para o estabelecimento de uma política de saúde específica que pudesse proporcionar respostas mais concretas e integrais para o HIV.

Talvez seja por isso que Lima, Almeida e Vieira (2015) citando Ferreira Neto e Kind (2010) conclui que o programa brasileiro de saúde, ao modelar-se em uma lógica sanitária, teve como centralidade a determinação de estilos de vida. “A partir disso, já se pode pensar

como esse panorama pode fazer circular discursos e propiciar as condições bem específicas para a formatação de certos processos de subjetivação cujo funcionamento biológico ideal parece ser sempre a meta a alcançar-se” (Lima et. al., 2015, p. 386).

Valle (2010) problematiza as categorias que circulam o processo identitário de pessoas soropositivas tomando como base a ideia de governamentalidade tratada por Foucault (1979). Assim, ele ressalta que as políticas institucionais, perpassa vários níveis da vida nas sociedades contemporâneas, ou seja, os lugares, programas educacionais, de saúde, econômicos entre outros em que as pessoas estão envolvidas e subordinadas são especialmente influentes para designar trajetórias, posições e decisões nas vidas das pessoas.

Não distante, encontra-se também a religião, especialmente a de base cristã, compreendida como um fenômeno sociocultural observável como expõe Löwy (2000) que quando integrada ao Estado que deveria ser laico, mas muitos não o são, como no caso do Brasil onde se tem a Bancada da Bíblia como uma das maiores bancadas do Congresso Nacional que integra a Bancada BBB: da Bala, da Bíblia e do Boi (Galindo et al., 2017) acentua dispositivos através de práticas, tecnologias e discursos promovendo diversas biopolíticas higienistas e genocidas para com as minorias.

A religião, portanto, interage constantemente como um elemento estruturado e estruturante através de significados moralistas conservadores de certo e errado, bem e mal que se apresentam como um universo simbólico capaz de legitimar e (re)construir concepções e subjetivações humanas (Ecco, 2013). Deste modo, o autor infere, à luz de Geertz, que “a religião, em decorrência de seu potencial de modelação do meio ambiente e da política, “modela” também as pessoas nas mais diferentes dimensões de sua individualidade, uma vez que estas estão inseridas em tal meio” (Ecco, 2013, p. 20).

O entrelaçamento manhoso entre Política e Religião atua nocivamente para a imposição de silenciamentos de modo a selecionar quem deve viver e como viver, bem como

quais vidas valem a pena e quais vidas são desprezíveis acirrando o “dispositivo da Aids” em sua força de modular existências por meios de tecnologias programáticas moralizadoras, criminalizadoras e de extermínio como o Projeto de Lei 198/15 em tramitação na câmara dos deputados (Brasil, 2015c) que pretende, se aprovado, tornar crime a transmissão intencional do HIV.

A polêmica sobre a criminalização da transmissão ganhou novo fôlego há pouco mais de um ano. No período em que esteve à frente da Câmara dos Deputados, Eduardo Cunha – evangélico e declaradamente contra os homossexuais, o aborto e a prostituição – desarquivou vários projetos com recorte conservador e moralista. A transformação da transmissão intencional do HIV em crime hediondo foi um deles. Pouca gente sabe que esta ideia de criminalização do HIV não é recente no Brasil. Desde os anos 1980, o Código Penal datado de 1940 – e que trata da transmissão de doenças – tem sido utilizado para criminalizar pessoas que supostamente teriam transmitido o HIV a outras. Na prática, a aplicação dos artigos deste Código Penal tem favorecido à violação dos direitos humanos das pessoas que vivem com HIV. Muito pouco se tem dito sobre a falácia das políticas de criminalização em outros países. As experiências internacionais de criminalização da transmissão do HIV mostram que este tipo de legislação criminal tem efeito negativo e drástico para a saúde pública e, sobretudo, para a prevenção. Há inúmeros relatórios internacionais que já comprovaram que ampliar o acesso à medidas de prevenção são mais eficazes para a saúde pública do que leis criminais (Parker, 2017, p. 1).

Estas se manifestam nos discursos sobre as pessoas soropositivas capturando-as em classificações e individualizações sendo reguladas pela tecnologia do biopoder como fundamentação estratégica para regulamentação da vida em diferentes esferas sociais e culturais. Assim, o corpo, o desejo e os prazeres passam a ser usados como instrumentos de dominação política e sinais de diferenciação de classe (Ecco, 2013).

No caso da epidemia da Aids, estes corpos expiados e considerados “não dóceis” foram capturados pelos dispositivos do biopoder e jogados na arena dos discursos veiculantes para que novas formas de subjetivação fossem formatadas e organizadas nos moldes sanitaristas como expõem Lima et. al. (2015). Assim os autores salientam, resgatando o que Foucault concentrou nas técnicas de si, que são múltiplas as técnicas necessárias que agenciam subjetivações.

Atualmente, destaca-se a qualidade dos medicamentos para o HIV, porém ainda não se eliminaram os efeitos colaterais dos mesmos causando sofrimentos indesejáveis, sobretudo no processo de adaptabilidade do organismo humano à droga. Por isso as autoras questionam sobre esta medicalização da vida: “Mas o que é saúde? Viver mais, mesmo que sofrendo? A prescrição indiscriminada de medicação e de estilos de vida pode ser também lida como outra forma de gerência da vida pelos soberanos” (Lima et. al., 2015, p. 386).

Aqui temos um importante eixo de análise para a atual institucionalização da PrEP no Brasil e no Mundo, que como exposto, consiste no uso diário de um medicamento antirretroviral para prevenir a infecção pelo HIV por grupos “mais expostos” a este. Não seria, portanto, a volta dos “grupos de risco”? Ao trazer o termo “populações-chave”, justificando que neste se concentram o maior número de casos de HIV no país: gays e outros homens que fazem sexo com homens (HSH); pessoas trans; trabalhadores/as do sexo e parcerias sorodiferentes, faz intensa aproximação ao que ocorreu no início da grande epidemia da Aids além de evidenciar o caráter ambíguo da “cidadanização” (Pelúcio, 2009).

Não há como negar que tal política seja um grande avanço para as questões de transmissibilidade e vulnerabilidade, sobretudo para o projeto de prevenção combinada que faz uso simultâneo de diferentes abordagens de prevenção (biomédica, comportamental e estrutural) aplicadas em múltiplos níveis (individual, nas parcerias/relacionamentos, comunitário, social) para responder a necessidades específicas de determinados segmentos populacionais e de determinadas formas de transmissão do HIV, porém são necessários estudos mais aprofundados para que ela não seja aceita ou culturalmente praticada como uma política de medicalização da vida, portanto, reduzida ao seu propósito.

Além de que sem um investimento paralelo e efetivo em uma educação sexual de qualidade, ampliado por discussões, campanhas, programas e projetos em torno da temática, bem como do combate constante as diversas desigualdades sociais em que perpassam as

pessoas, os benefícios a curto e longo prazo serão somente para os que detêm o capital e lucram em cima das pílulas e dos corpos biomedicalizados.

Neste jogo político é primordial ponderar os aspectos econômicos se considerar que, dependendo, cada medicação para o HIV para cada pessoa custa, em média, R\$2.000 por ano (Leal, 2016). O desenvolvimento da terapia antirretroviral potente conhecida popularmente como ‘coquetel’ e na literatura científica como HAART - Highly Active Antiretroviral Therapy e seu acesso retrata segundo Bastos (2006, p. 53) “uma das facetas mais tensas dessas interações entre sociedade civil, empresas, agências financiadoras, governos e suas agências reguladoras” por ser esta uma arena de negociações de diferentes interesses, principalmente para a indústria farmacêutica, seu sistema de concorrência e patentes que lucram excessivamente em cima de corpos soropositivos.

Nunca na história de uma doença/infecção incurável, a ausência de cura foi tão lucrativa quanto tem sido para o HIV. Ou seja, o que se percebe no cenário atual político é que, em vez de se ampliar o acesso e reduzir as iniquidades, os hiatos são reconfigurados, pois os mecanismos criados têm beneficiado estrategicamente a grupos que detêm o capital, as tecnologias científicas, o que dilata ainda mais as desigualdades sociais e econômicas dificultando o acesso e adesão.

Neste sistema político capitalista contraditório, têm-se então intensos desmontes sobre a égide do capital, sobretudo neste contexto de Golpe de Estado 2015/2016 (Löwy, 2016) com a ocupação inconstitucional de Michel Miguel Elias Temer Lulia na Presidência do Brasil por processo de Impeachment, leia-se Golpe ao Estado Democrático de Direito, a ex-presidenta Dilma Rousseff, bem como a sentença de prisão da justiça arbitrária brasileira, baseada em convicções sem provas contundentes, do ex-presidente Luiz Inácio Lula da Silva em 2018.

Tais processos antidemocráticos retrocedem o País para a década de 70-80 empregando-se de políticas higienistas e de extermínios em massa como tem acontecido com

as políticas sociais e de saúde para o HIV com a falta de assistência, exames e medicamentos em vários estados ameaçando a vida de diversas pessoas soropositivas (Rosa, 2017) entre outros setores e políticas públicas e sociais que levem em consideração as minorias sociais como que num saudoso retorno a Ditadura Civil Militar no Brasil com a eleição de Jair Messias Bolsonaro (PSL), armamentista nostálgico do regime ditatorial, à Presidência da República Federativa do Brasil (2019-2022)

3.4. Impacto na Sociedade e nas Pessoas: *Pânico Sexual!*

Como Garcia e Koyama (2008) chamam atenção, ao longo da história de nossa humanidade outras doenças têm sido estigmatizadas: peste negra no século XIV e o cólera no século XIX. Entretanto, abordar a questão do HIV é também suscitar velhos (e novos) processos de estigmatização no qual sua dinâmica e amplitude, características específicas e morais envolvidas demandam forças efetivas no desenho de estratégias de combate ao estigma e suas consequências, sobretudo, para os agravos em saúde.

O estigma não é uma qualidade fixa, que já está dada, ainda que se pretenda ser pelas convenções sociais, e, portanto, sem muitas possibilidades de mudanças, mas um elemento de diferenciações sociais e individuais resultantes de uma construção cultural e social, o que faz dele histórico e mutável, e se estabelece nas relações de depreciação do outro (Garcia & Koyama, 2008).

Assim como a doença em si, o estigma constitui então uma questão tão central para o processo de saúde-doença do HIV, dado que o processo de estigmatização acompanhou e ainda acompanha determinados grupos sociais como LGBT's, população negra, usuários de drogas e trabalhadoras e trabalhadores do sexo atuando enquanto promotor de sofrimento psíquico e de adoecimento.

Ao evocar múltiplos significados, imagens pré-concebidas, ele constrói diferenças, hierarquias e legítimas estruturas de desigualdades sociais (Garcia & Koyama, 2008).

Não obstante que, pela desinformação e ignorância, muitas pessoas demonstram ainda receio em compartilhar objetos com pessoas soropositivas ou até mesmo de ter algum contato por conta do medo de contaminação, porque a ideia que permanece é a de que o outro, é um outro poluído, contaminado, como se fosse uma bomba viral e pudesse infectar todo o mundo.

Tomando como referência as indagações de Pelúcio (2009):

O que há de novo, então? A novidade talvez esteja no deslocamento do controle (que visa disciplinar aqueles que não se enquadram às normas) para a noção de risco, prescindindo que a disciplinarização venha de fora. Vivendo expostos ao risco, os desviantes precisariam se prevenir, enquanto “a sociedade em geral” se preveniria do contato com os desviantes (Pelúcio, 2009, p. 116),

Este deslocamento preventivo de risco pressupõe uma espécie de “domesticação de eventos vindouros” (Spink, 2001) e traz em conjunto com o estigma a ideia de risco, na qual Pollak (1990) denominava de “Aidetórios” ou “Sidatorium” por Jodelet (1989) ao lembrar da proposta de criação de campos de confinamento de pessoas soropositivas pela Frente Nacional Francesa (extrema-direita), que seria campos destinados ao aprisionamento das pessoas soropositivas fazendo alusão aos campos de concentração Nazista.

Neste sentido, escreve o escritor brasileiro Caio Fernando de Abreu que faz críticas contundentes em suas crônicas sobre a Aids:

Aí começaram as confusões. A pseudotolerância conquistada nos últimos anos pelos movimentos de liberação homossexual desabou num instantinho. Eu já ouvi – e você certamente também – dezenas de vezes frases do tipo “bicha tem mesmo é que morrer de aids”. Ou propostas para afastar homossexuais da “sociedade sadia” – em campos de concentração, suponho. Como nos velhos e bons tempos de Auschwitz? Tudo para o “bem da família”, porque afinal – e eles adoram esse argumento – “o que será do futuro de nossas pobres criancinhas?” (Abreu, 2006, pp. 58-59).

Tais deslocamentos configuram intensos retrocessos com bem analisa Terto Jr. (2017b), pois em sua concepção permitem ver apenas o risco para o HIV deixando de lado os diferentes aspectos coletivos e individuais que constituem as pessoas, ou seja, não levam em conta o cidadão em sua completude e que, portanto, amparado por direitos.

Desta forma, por estar pautado nas relações em sociedade, pode desencadear diversos processos de sofrimento como nos relata Abreu (2016) em sua biografia *O segundo armário: Diário de um jovem soropositivo*: “Sinto-me covarde por me esconder por detrás de uma máscara de felicidade. Mas entendo que os “óculos HIV” nos dão outra perspectiva da vida: olhamos a vida sob a ótica da morte e olhamos a morte sob a ótica do vírus” (Abreu, 2016, p. 100).

Goffman (2004), teórico reconhecido sobre o conceito de estigma, aborda muito bem este fenômeno no qual considera este um termo profundamente depreciativo e que nas relações, ao mesmo tempo em que permite depreciar uma pessoa, pode confirmar a “normalidade” de outra, como semelhantemente aborda Canguilhem (2002) sobre o sentido de normal e patológico em sua tese de doutorado em Medicina (1943).

Ou seja, a base do estigma, ou do que é patológico, parece estabelecer relação ao que é “aceitável” e ao que não é de acordo com o que cada sociedade espera em determinados contextos sócio históricos através de suas negociações e organizações sociais e morais segregando as pessoas e dificultando sua aceitação social plena.

Contudo, Parker (2013) interpelando criticamente o conceito goffminiano de estigma a partir das repercussões do estigma para o HIV, nos convida a avançar na compreensão do conceito de estigma como uma espécie de marca, “uma diferença de valor negativa e, em vez disso, pensar sobre o estigma como uma espécie de processo social, fundamentalmente ligado ao poder e à dominação” (p. 29) que estabelece atravessamentos com as questões de desigualdade social, ou seja, uma compreensão mais fundamentada socialmente e politicamente que considere os processos culturais, as estruturas de poder e as possibilidades de resistências.

De fato, o estigma e a estigmatização funcionam, literalmente, no ponto de intersecção entre *cultura*, *poder* e *diferença* – e é somente explorando as relações entre essas categorias diferentes que se torna possível entender o estigma e a estigmatização não simplesmente como fenômenos isolados, ou como expressões de atitudes individuais

ou de valores culturais, e sim como centrais para a constituição da vida social (Parker & Aggleton, 2001, p. 14).

Nesta investigação, o que está se colocando em evidência são as implicações práticas dos repertórios sociais, políticos, culturais, midiáticos, religiosos e psicológicos, junto às pessoas em relação à percepção ao HIV e à AIDS. Assim, a pessoa (individual e coletiva) é interpretada como produto e produtora da realidade em que vive.

Neto (2014) ao analisar diversas reportagens, jornais e charges veiculadas pela mídia em Criciúma no Estado de Santa Catarina no período de 1986 a 1996 que alertavam sobre o HIV e a Aids, constata que a grande maioria retratavam a infecção e doença de forma satirizada e discriminatória expondo pessoas LGBT's e Negras (Figura 4 e 5) com a intenção de incentivar a violência sobre esta população, além de preconizar o isolamento social das mesmas que seria justificado como uma ação necessária de prevenção a riscos e contágios.

Denota-se, portanto, o jogo de poder, a partir destas veiculações, se compreendermos que LGBT's e Negros constituem populações exotificadas e marginalizadas durante muitos séculos por nossa sociedade.



Fonte: **Jornal da Manhã**. Criciúma, n. 95, 17 ago 1985, p. 2 extraído de Neto (2014, p. 119)

Figura 4 – Cuidado com as bonecas disfarçadas de Macho!!!



Fonte: **Jornal da Manhã**. Criciúma, n. 97, 24 ago. 1985, p. 2 extraído de Neto (2014, p. 124)

Figura 5 – Aids... Quem sabe a causa não está na banana?

Além disso, o autor percebeu que o discurso religioso falava sobre o HIV como castigo, pecado e culpa atuando em conjunto com o discurso médico e o discurso jornalístico. Nem sempre de forma coesa, mas pela descontinuidade na qual aborda Foucault (1988), ou seja, sem uma função uniforme nem estável, muito menos categorizados em divisões como admitido-excluído/dominante-dominado, mas em sua multiplicidade de elementos discursivos que podem se agregar em diferentes estratégias.

Paralelamente, Helman (2009) em sua obra *Cultura, Saúde e Doença* assinala que o HIV quando relacionado à população negra toma a imagem de um invasor que estaria ancorado em temas de xenofobia dado a sua articulação com imigrantes, turistas e estrangeiros, especialmente africanos e haitianos. E quando relacionado à população LGBT, toma a imagem de punição moral por conta da dissidência sexual e de gênero na qual perpassa estas identidades que não estão nos moldes esperados pela norma heterocissexista da sociedade (Heterossexual e Cisgênera) potencializando o caráter de culpa pelo vírus à esta população.

Spink, Medrado, Menegon, Lyra e Lima (2001) ao analisar, através de *clipping*, o que era amplamente publicado sobre o assunto da AIDS em junho a dezembro de 1996 por quatro agências de notícia: Folha de São Paulo (FSP), O Estado de São Paulo (OESP), Jornal do

Brasil (JB) e O Globo (GLB) nos convida a pensar esta dimensão midiática da Aids, como prática discursiva dado que ela se “constitui um meio poderoso de fazer e criar repertórios, propiciando novas configurações aos esforços de produção de sentido” (Spink et. al., 2001, p. 853).

“A AIDS é a primeira doença da mídia”. Com essa frase, em 30 de outubro de 1985, o jornal francês Le Figaro destacava um dos aspectos mais marcantes da epidemia da AIDS – sua ampla difusão no mundo pelos meios de comunicação de massa – e a construção de um novo fenômeno social: a AIDS-notícia. (Spink et. al., 2001, p. 852).

Ao utilizar a expressão AIDS-notícia, os autores e as autoras trazem que outras doenças, infecções e/ou enfermidades não lograram de tanta repercussão como o HIV e Aids que foi ancorado pela imprensa evidenciando seu papel fundamental para a construção da Aids como um fenômeno social, mais do que biomédico, posto que concordando com Herzlich e Pierret (2005), foi da imprensa que o discurso da Aids chegou ao conhecimento comum fazendo parte do cotidiano das pessoas adquirindo uma dimensão cultural e moral.

A mídia, nessa perspectiva, cumpre dois papéis importantes: por um lado, a imprensa anunciou o aparecimento de um novo fenômeno no campo da patologia; e, por outro, desenhou progressivamente seus contornos e, sobretudo, operou a passagem das informações sobre a doença do domínio médico e científico para o registro social. (Spink et. al., 2001, p. 852).

Como alerta Gouveia (2013), o HIV é uma infecção ligada a diversos aspectos das relações humanas (sexo, morte, preconceito, moral), e principalmente, no entendimento de uma doença que não está por perto. É uma enfermidade do outro e que não está presente na vida das pessoas. Mas a sociedade esquece de que, tomando uma abordagem mais comunitária, as práticas de cuidado individuais e coletivas se constituem mutuamente e beneficiam todas as pessoas.

Retomando a interseção entre HIV, Raça, Gênero e Sexualidade, Franca (2014) nos convida a compreender esta relação, especialmente a relação entre HIV-Raça, a partir do

processo de estigmatização do Ebola traçando semelhanças com o processo de estigmatização do HIV.

O que vemos acontecer hoje com o ebola não se difere em muito com o processo de estigmatização sofrido por homossexuais, haitianos, usuários de heroína e hemofílicos quando a Aids começou a aparecer fora da África. Ah! A África, este continente que irradia doenças e retrocessos para o resto do mundo, lar de boa parte dos marginalizados sociais e que, pra onde quer que seus herdeiros vão, carregam em si uma espécie de marca maligna que justifica perseguição, estigmatização e violência (Franca, 2014, p. 1).

Assim, este processo de estigmatização a população negra quando há surtos epidêmicos só reforça o quanto a área da saúde é permeada de um profundo racismo institucional (Franca, 2014; Fry, Monteiro, Maio, Bastos & Santos, 2007) no qual López (2011), analisando a relação entre HIV e Racismo, destaca a dificuldade de reconhecimento deste fenômeno pelos gestores públicos demonstrando a causa “oculta” do racismo na epidemia de HIV.

O conceito de interseccionalidade foi batizado desta maneira pela feminista, ativista e professora de Direito da Universidade da Califórnia-EUA e da Universidade de Columbia-EUA Kimberlé Crenshaw (1991) em sua pesquisa sobre as violências vividas por mulheres negras e pobres nos Estados Unidos. Entretanto, poucos anos antes já existam algumas autoras que partiam de uma análise crítica sociológica neste sentido como Angela Davis (1981) e Bell Hooks (1981). Em resumo, a ideia chave e principal do conceito é a de que múltiplas formas de discriminação podem se combinar, se atravessar e serem experimentadas em intersecção.

A interseccionalidade entre gênero, sexualidade, raça e sua relação com o HIV/Aids nos convida a suscitar velhos desafios que se somam a novos desafios na busca de respostas mais efetivas, visto que, como ressalta López (2011) citando José Carlos dos Anjos (2004, p. 104), por meio dos efeitos atravessados de condições objetivas de exclusão, incorporação subjetiva do estigma e dominação sexista, “é que a correlação entre raças e gêneros

dominados e doenças sexualmente transmissíveis tende a ser um dos mais eficazes mecanismos de genocídio”

A expansão da Aids afetando cada vez mais a população negra no Brasil deve assim ser equacionada em um sistema de correlações de força não projetado em sua integralidade, mas que funciona sob o pressuposto racista da seleção e da proteção do segmento branco em comparação aos demais segmentos da população, a partir da existência de desigualdades ligadas ao modo de operação de mecanismos sociais tais como a educação escolar, a seletividade do mercado de trabalho, a pobreza e a organização familiar (López. 2011, p. 595)

Com isto, o enfoque na sexualidade atrelado a raça, gênero e HIV/Aids pode delatar diversas violências sobre os corpos baseadas na hipersexualização, além de dar pistas para pensar a disseminação do HIV entre estas populações como decorrentes destas violências, bem como para pensar em formas de enfrentamento que contemplem tais recortes. Nas palavras de Davis (2017, p. 57)

Embora a crença popular seja a de que a aids é uma doença de homens brancos gays, a realidade é que as populações afro-americanas e latina são muito mais suscetíveis a contrai-la do que a branca. Isso é verdadeiro entre gays, entre pessoas que usam drogas injetáveis, entre casais heterossexuais e entre crianças. Homens negros e latinos têm 2,5 mais chances de contrair a aids do que brancos. As mulheres latinas são nove vezes mais suscetíveis à infecção do que as brancas. Mas a estatística mais assustadora é reservada às mulheres negras, que são doze vezes mais suscetíveis a contrair o vírus da aids do que as mulheres brancas.

Sendo assim, o HIV se expressaria na realidade da vulnerabilidade social tendo a prevenção e adesão ao tratamento que vencer os estigmas e discriminações atrelados às sexualidades, gêneros e raças (López, 2011) tal como foi questionado no capítulo introdutório desta dissertação. Posto que como salienta a autora, a imagem hipersexualizada da população negra e a opressão suplementar de gênero/sexualidade e raça aparecem como eixo para um olhar crítico sobre as infecções do HIV nestas populações (López, 2015).

Esta perspectiva interseccional, que conjuga o olhar racial, de gênero e sexualidade, auxilia a (re)pensar como se atravessam, agenciam e potencializam eixos de opressão, mas também permite vislumbrar uma ação política que gera processos de desconstrução destas

desigualdades, abrindo possibilidades de transformação das instituições na promoção de igualdade racial, de gênero, de sexualidade e no aprofundamento da democracia e no recrudescimento da resistência.

Não é possível homogeneizar uma epidemia, nem tanto negligenciar os recortes de gênero, sexualidade, raça, classe entre outros, pois são as diferentes realidades sociais que vão permitir visualizar quais são as populações que mais adoecem, quais as que pouco possuem acesso à informação, ao bem-estar e aos serviços públicos de qualidade.

Exatamente por isto que a sociedade precisa rever seus valores a medida de reconhecer seu papel no processo de saúde-doença do HIV, em razão de que já estamos finalizando a quarta década deste “micro vírus do poder”, pensando, começando a quinta década, e pouco se tem avançado nas questões sociais da doença. Para falar a verdade, quase nada!

3.5. Doenças oportunistas: Protofascismos e genocídios que se anunciam!

Parker (2017) chama atenção de que o Brasil está na contramão da tendência global da queda do número de infecções pelo HIV, o que se confirma nos boletins epidemiológicos, e que estancamos nas campanhas de prevenção. A reposta brasileira tem ficado a mercê da falsa moral e da hipocrisia conservadora que mascaram o real.

Em geral, enquanto a atenção da sociedade se volta para uma pessoa ou grupo específico supostamente “culpado” por uma transmissão do HIV, a epidemia aumenta drasticamente por falta de prevenção e acesso igualitário ao tratamento, bem como de recursos e investimento para manutenção da política de HIV/Aids.

No Estado da Arte do presente capítulo, os registros despontam que a política de respostas e enfrentamento ao HIV ganhou força quando envolveu grupos e minorias sociais, que se mobilizaram e reivindicaram prioridades e lutas por financiamento estável.

Como explica Souza (2008), foram as tensões e demandas geradas na sociedade brasileira que permitiram a aplicabilidade e financiamento para as infecções pelo HIV, sendo

o Estado responsável pelas respostas deste agravo em saúde, e por ser assim dar um retorno favorável à sociedade que tem perdido seu grau de satisfação.

O funil no qual entrou o HIV que foi direcionado a determinados grupos que já eram discriminados alavancou a mobilização política e social, especialmente da comunidade LGBT brasileira, que perdurava por mais de uma década. Seguindo intensivamente, em decorrência da epidemia, o movimento gay/homossexual que se desenvolveria então como movimento LGBT, se tornaria um grupo mais visível e mobilizado até a contemporaneidade (Parker, 2000; Facchini, 2009).

Contudo, à medida que a epidemia foi ganhando mais visibilidade em outros extratos sociais, novas estratégias foram se formando, focando em parcelas mais abrangentes da população o que não diminuiu os estigmas que ela já estava carregando, visto que como nos anuncia Parker (2013), este faz parte das estruturas de poder e, sendo parte dela, também abre as portas para o campo da resistência que possibilita arranhar algumas fissuras nestas estruturas arredando toda uma rigidez cultural e social na qual parecia ser infindável.

Assim, como estamos passando por um governo fascista aos moldes do regime ditatorial, é preciso então aprender com o movimento social de resistência da época para lutar bravamente por realidades mais progressistas para não perdemos nossas conquistas por completo.

Tarefa constante que fica para nossa sociedade contemporânea que ainda recusa em perceber o HIV e a Aids para além de uma demanda de saúde pública, mas também como uma reparação social e manutenção permanente da vida visto que o estigma e a discriminação também são determinantes sociais da saúde e promotores de diversos tipos de sofrimento. Não é preciso retroceder para avançar. É preciso e urgentemente humanizar-se!

4. O Construcionismo Social em Diálogo com a Hermenêutica Biográfica

Como o foco é no compartilhamento, trabalha-se com dados agregados; trabalha-se com conteúdos discursivos de muitos para identificar o que há de semelhante. É possível até trabalhar com diferenças, mas não com as incoerências e com os processos de negociações de sentidos que é o que interessa à Psicologia Discursiva.

Mary Jane Paris Spink (2010, pp. 62-63)

Compreendendo o conhecimento como construção social (Spink & Spink, 2007), a diversidade do cotidiano ganhou mais espaço na psicologia emergindo novas pesquisas, métodos, práticas e direcionamentos que iam constituindo novos objetos não mais espacialmente localizados, mas em direção de situações sensíveis da vida como a sexualidade, as relações de gênero, de raça e etnia, a pobreza entre outras (Jacó-Vilela; Degani-Carneiro & Oliveira, 2016).

Para tanto, despreendeu de grande esforço e compromisso ético político em abandonar certas abordagens tradicionais especialistas baseadas no paradigma das ciências naturais, positivistas, para se aproximar das ciências sociais rompendo com algumas dicotomias.

A preocupação estava entorno de uma relevância social que se aspirava numa conexão entre compromisso ideológico-político com um arcabouço teórico-metodológico consistente para uma perspectiva psicossocial entendendo que a diversidade deste arcabouço é uma de suas principais marcas (Jacó-Vilela; Degani-Carneiro & Oliveira, 2016)

Nesta diversidade teórica, metodológica, prática, tem-se o construcionismo social que segundo Gergen (2009), a pesquisa construcionista social se debruça especialmente em ilustrar os modos e os processos pelo quais as pessoas lidam com o mundo a sua volta, incluindo elas mesmas. Procura estabelecer relações dos conhecimentos atuais e dos que

existiram em períodos históricos anteriores para analisar suas influências no que poderia vir a existir.

Seu início se deu no mesmo contexto em que estava em ascensão as discussões sobre direitos sexuais defendidas pelos movimentos feministas e LGBT's na década de 70. Neste período, cientistas sociais e diversos estudiosos de diversas áreas como história e antropologia social expandiram suas pesquisas levando em consideração a diversidade de padrões sexuais existentes nas diferentes culturas (Santos & Schor, 2015).

Gergen (2009) ainda chama atenção para a desmistificação da confusão entre *construtivismo* e *construcionismo* ainda que o primeiro seja utilizado para se aludir ao mesmo movimento.

O primeiro se refere a uma teoria piagetiana, perceptual, além de um movimento artístico presente no século XX. Já o segundo, o construcionismo, mantém relação e vínculo com a obra seminal de Berger e Luckmann (1996) *The Social Construction of Reality* (A Construção Social da Realidade), bem como “há uma preocupação cada vez mais intensa com os limites da compreensão dados pela convenção linguística. A este respeito, as Investigações Filosóficas de Wittgenstein (1963) devem ser vistas como seminais”. (Gergen, 2009, p. 302).

O construcionismo social “pede-nos que suspendamos a crença de que as categorias ou os entendimentos recebem seu aval através da observação. Convida-nos, portanto, a desafiar as bases objetivas do conhecimento convencional” (Gergen, 2009, p. 302).

O desafio consistiria, portanto, em superar a dicotomia tradicional de sujeito-objeto, indivíduo-sociedade e todos os seus derivados para se investir em construções, proporções e propor outras.

Uma estrutura de análise baseada numa teoria alternativa, não Empirista (Exógena) e não Idealista (Endógena), do funcionamento e dos potenciais da ciência. Assim, a discussão epistemológica e seus questionamentos dos paradigmas mais tradicionais da Psicologia

inevitavelmente coloca o movimento do construcionismo social frente às resistências dentro da psicologia em geral, mas que são necessários para sugerir outras formas de deslocamento conceitual e de seus contextos de usos (Gergen, 2009).

O *locus* explicativo da ação humana muda da região interior da mente para os processos e estruturas de interação humana. A pergunta “por quê?” não é respondida com um estado ou processo psicológico, mas se levando em consideração as pessoas em relação (Gergen, 2009, p. 313).

Portanto, a perspectiva do construcionismo social pode fornecer importantes elementos para interpretação do mundo, sua desfamiliarização, democratização e a reconstrução de novas realidades e práticas para a transformação social.

Por isto ela foi tomada como orientação por entender que esta tem grande interesse pelas interações sociais e particularmente pela linguagem sendo baseada em filósofos críticos do essencialismo e do humanismo como Foucault e Nietzsche, além de deslocar o centro da atenção da pessoa para o campo social, ou seja, a recusa da metafísica da substância e de quaisquer referenciais fixos e imutáveis (Nogueira, 2001; Monteiro, 2002; Gergen, 2009; Silva, 2010;).

Esta perspectiva discursiva de investigação em pesquisa psicossocial (Potter, 2012; Iniguez-Rueda de 2011) pode ser útil para o estudo da temática em questão, pois adverte que no discurso se (re)produzem representações e recursos simbólicos que estabelecem determinadas compreensões sobre os objetos de que falam servindo também para direcionar o comportamento promovendo determinadas formas de relação social.

Aqui a linguagem é entendida não somente como uma ferramenta de comunicação entre falantes, mas acima de tudo como um conjunto de práticas que estruturam e organizam as interações sociais (Martínez-Guzmán & Íñiguez-Rueda, 2017).

Desta maneira, a orientação construcionista social também pode ser compreendida como uma perspectiva de apreensão da “realidade” a partir de uma ótica social e histórica, de negação a qualquer essência nos fenômenos humanos (Taborda, 2009).

Assim, esta perspectiva dificilmente oferecerá a “verdade” através do método, como muitas ciências têm procurado fazer, o que não significa que ela descarte os métodos investigativos. Por não oferecer regras fundamentais de garantia, ela é relativista, mas não quer dizer que tudo vale, visto que, a dependência dos sistemas de conhecimento e produção científica será, em alguma medida, governada por regras normativas.

Aí é que entra a perspectiva construcionista que convida seus praticantes a verem estas regras situadas culturalmente e historicamente, ou seja, passível de críticas e de transformações (Gergen, 2009).

Assim, pode estabelecer confrontos com os regimes de verdade (re)produzidos no HIV não numa tentativa de estabelecer outros regimes, mas adicionar forças para outras inteligibilidades posto que a ciência através de um contexto social produziu um objeto, um método de validação para autenticar uma hipótese sobre a doença relacionando-a à um gênero, raça, etnia e sexualidade específicos.

Desta forma, o movimento do construcionismo social nos convidaria a questionar o porquê um conhecimento em determinado contexto se torna mais central que outros? Ou por que as pessoas demandam e investem nisto? E assim, quais práticas discursivas, repertórios e linguagens são negociadas e permanece(ra)m em uso?

4.1. A Produção de Sentidos e as Práticas Discursivas

No que tange as abordagens teórico-metodológicas embasadas no referencial do construcionismo social tem-se o que propõe Spink e Medrado (2013) para a análise das práticas discursivas orientando que:

a produção de sentido não é uma atividade cognitiva intraindividual, nem pura e simples reprodução de modelos predeterminados. Ela é uma prática social, dialógica, que implica a linguagem em uso. A produção de sentido é tomada, portanto, como um fenômeno sociolinguístico – uma vez que o uso da linguagem sustenta as práticas sociais geradoras de sentido – e busca entender tanto as práticas discursivas que atravessam o cotidiano (narrativas, argumentações e conversas, por exemplo), como os

repertórios utilizados nessas produções discursivas (Spink & Medrado, 2013, pp. 22-23).

Assim, Spink e Medrado (2013) a definem com base em três dimensões sendo elas: *linguagem, história e pessoa*.

A primeira diz respeito à linguagem em uso, ou seja, como prática social em que através de prescrições orientam as práticas cotidianas das pessoas inclinando para a manutenção e reprodução de discursos, além de serem tomadas a partir da perspectiva bakhtiniana.

Já a segunda evoca a linha histórica, de um empreendimento sócio histórico, em que os repertórios interpretativos foram constituídos para dar sentido ao mundo considerando as interfaces com os tempos: *longo, vivido e curto*.

A terceira dimensão, da pessoa, refuta as dicotomias, tais como sujeito-objeto, indivíduo-sociedade focando em sua dialogia ressignificando-os à luz da perspectiva construcionista (Spink & Medrado, 2013), como já discutido.

No tocante aos tempos históricos, estes são compreendidos como: o tempo longo, que diz respeito aos conteúdos culturais, definidos ao longo da história da civilização; o tempo vivido, ou seja, das linguagens sociais aprendidas pelos processos de socialização, e o tempo curto, marcado pelos processos dialógicos (Spink & Medrado, 2013).

Assim, para esta perspectiva, dar sentido ao mundo se constitui uma atividade poderosa, inevitável, portanto inerente às pessoas e suas relações e interações em sociedade. Daí a particular importância da linguagem e das práticas discursivas na produção de sentido que focalizam as rupturas, as ressignificações, a linguagem em ação e dos repertórios interpretativos que se dispõem.

Potter e Wheterell (1987) denominam os repertórios interpretativos como um sistema léxico ou de registro de termos pelas pessoas para produzir variantes narrativas dos

fenômenos que compartilham. Assim, estes repertórios podem ser compostos por metáforas, sinais, figuras, linguagem verbal e não verbal durante a conversação.

É importante compreendê-los, segundo os autores, enquanto recurso social e não alocados apenas no nível individual da pessoa tendo como função justificar, validar, questionar e regular a credibilidade na interanimação dialógica.

Ou seja, por meio desta abordagem, busca-se “construir um modo de observar os fenômenos sociais que tenha como foco a tensão entre a universalidade e a particularidade, entre o consenso e a diversidade, com vistas a produzir uma ferramenta útil para transformações da ordem social” (Spink & Medrado, 2013, p. 41).

4.2. A biografização de uma história de vida à luz da hermenêutica biográfica

Com o intuito de enriquecer a produção de conhecimento que o presente trabalho se propõe, utilizamos também alguns aportes do método biográfico na pesquisa.

Delory-Momberger (2012) afirma que o método biográfico está inscrito na questão da constituição individual, ou seja, na indagação de como as pessoas vão se formando.

Logo, essa questão convoca muitas outras concernentes ao complexo de relações entre o indivíduo e suas inscrições e entornos (históricos, sociais, culturais, linguísticos, econômicos, políticos); entre o indivíduo e as representações que ele faz de si próprio e das suas relações com os outros; entre o indivíduo e a dimensão temporal de sua experiência e de sua existência (Delory-Momberger, 2012, p. 523).

Para a apreensão das linhas narrativas biográficas, tomou-se a modalidade de entrevista biográfica como referência para apreender as relações de uma narrativa e de uma experiência na qual Delory-Momberger (2012) estabelece alguns pontos para a realização desta atividade que dizem respeito ao seu produto e a postura do investigador neste processo.

Ou seja, por este ato de contar ser atravessado por um contexto histórico, social, político e em grande parte recheado de representações, discursos, crenças e valores coletivos

fazendo dele um produto de sua época é que a pesquisa biográfica faz dele uma dimensão constitutiva da individualidade.

Neste processo, segundo a autora, o investigador em pesquisa biográfica precisa ter o conhecimento mais preciso do campo em que acessa e dos contextos que desenvolve sua observação não com o objetivo de diferenciar, no ato de contar dos participantes, a “ordem” coletiva do discurso da “ordem” individual, para separar exterioridade social da interioridade pessoal, mas sim para (re)configurar os meios de apreender e compreender as biografias individuais, ou seja, os espaços-tempos singulares em que são produzidas, configuradas e conjugadas as experiências, os mundos-de-vida e a historicidade destas experiências, dos mundos de pensar e agir comuns de que partilham (Delory-Momberger, 2012).

Para Bolívar (2012), a investigação biográfico-narrativa vem reivindicar um retorno do sujeito em uma perspectiva política e histórica, como um agente ativo e pensante e não meramente representado.

Baseando-se no que discute Souza (2006), a pesquisa biográfica, se consolidou em abordagem e modo de compreender uma vida, ou parte dela, seja por meio de entrevistas ou de diários pessoais para desvelar e/ou (re)construir os processos históricos vividos pelas pessoas em diferentes contextos.

A utilização do termo História de vida corresponde a uma denominação genérica em formação e em investigação, visto que se revela como pertinente para a autocompreensão do que somos, das aprendizagens que construímos ao longo da vida, das nossas experiências e de um processo de conhecimento de si e dos significados que atribuímos aos diferentes fenômenos que mobilizam e tecem a nossa vida individual/coletiva. Tal categoria integra uma diversidade de pesquisas ou de projetos de formação, a partir das vozes dos atores sobre uma vida singular, vidas plurais ou vidas profissionais, no particular e no geral, através da tomada da palavra como estatuto da singularidade, da subjetividade e dos contextos dos sujeitos (Souza, 2006, p. 27).

Bolívar (2012) ainda discute que para além de um fundamento epistemológico e metodológico, a investigação biográfica-narrativa constitui-se enquanto uma perspectiva

própria de construção de conhecimento (características, desenvolvimento e metodologia) em que afirma que a representação objetiva da realidade é impossível.

A reflexão acerca de uma crise da representação, de uma modernidade tardia e até mesmo da individualização das pessoas acabar por fazer do enfoque biográfico um movimento relevante e sedutor, visto que, conforme o autor, em um mundo atravessado pela globalização, as pessoas são direcionadas a sentir grande necessidade de individualizar-se a partir de referenciais identitários como um porto seguro para a constituição de si.

“Nesta situação, o chamado giro narrativo (“narrative turn”) tem emergido como uma potente ferramenta, especialmente pertinente para entrar no mundo das identidades, das pessoas “sem voz”, da cotidianidade, nos processos de inter-relação, identificação e reconstrução pessoal e cultural” (Bolívar, 2012, p. 28, tradução minha) .

Delory-Momberger (2012) coloca que o projeto epistemológico do método biográfico compreende 3 dimensões: 1) O indivíduo como ser social singular; 2) A temporalidade da experiência e 3) A biografização da experiência.

O primeiro diz respeito a como o indivíduo significa e dá forma a sua experiência pessoal e singular, além de como estes, conjuntamente, pelas linguagens culturais e sociais contribuem para dar existência e (re)produzir a realidade social.

O segundo que introduz a dimensão do tempo, ou mais precisamente da temporalidade biográfica da experiência e da existência, ou seja, reflete sobre a origem de uma percepção e de uma elaboração característica dos espaços da vida social.

E o terceiro que se refere ao aspecto propriamente biográfico, no seu sentido forte, em que a autora compreende como sendo o de escrita da vida, de elaboração da experiência.

Alimentada por uma ampla tradição hermenêutica (Dilthey, Gadamer, Ricoeur) e fenomenológica (Berger, Luckmann, Schapp, Schütz), a pesquisa biográfica estabelece uma reflexão sobre o agir e o pensar humanos mediante figuras orientadas e articuladas no tempo que organizam e constroem a experiência segundo a lógica de uma *razão narrativa*. De acordo com essa lógica, o indivíduo humano vive cada

instante de sua vida como o momento de uma história: história de um instante, história de uma hora, de um dia, de uma vida. Algo começa, se desenrola, chega a seu termo numa sucessão, superposição, empilhamento indefinido de episódios e peripécias, de provações e experiências. No cotidiano da existência, um grande número dessas operações de configuração tem uma dimensão de automaticidade e não solicita ativamente a consciência por corresponder aos *scripts* repetitivos dos quadros sociais e culturais. Ainda assim, essas operações estão sempre presentes, assegurando a integração da experiência que advém na temporalidade e na historialidade próprias à existência singular (Delory-Momberger, 2012, p. 525).

Assim, a atividade biográfica não se restringe apenas ao discurso, mas se concerne, em primeiro lugar, a uma atitude mental e comportamental, a uma forma de compreensão e de estruturação da experiência e da ação, exercendo-se de forma constante na relação da pessoa com sua vivência e com o mundo que a rodeia.

Portanto, a biografização ressalta o caráter processual da atividade biográfica e remetem a todas as operações mentais, comportamentais e verbais pelas quais a pessoa não cessa de inscrever sua experiência e sua ação em esquemas temporais orientados e finalizados.

A partir disso, a pessoa produz conhecimento sobre seus mundos-vida e de si, suas interações cotidianas, sobre outras pessoas, manifestando-se na subjetividade das experiências. Ao colocar a pessoa no centro do processo da pesquisa pretende-se buscar particular importância e um arrolamento mais compreensivo das relações (subjetividade e narrativa) protagonizando a pessoa como atora e autora de sua própria história (Souza, 2008).

Para tanto, é preciso considerar, conforme o autor, que este caminho não está estruturado num processo linear, mas de uma consciência e sentidos construídos de si, das crenças e valores, contextos e interações a partir das narrativas que lhes são transmitidas e as que são elaboradas sobre o que e lhe acontece.

Ao se aproximar de uma visão construcionista social, a hermenêutica biográfica assenta assim na suposição de que narrar não é descrever, mas sim reescrever (Amado, 2009).

Segundo o autor, interpretar a narrativa experiencial não é descrever objetivamente o presente como uma conexão causal de um passado, é subjetivá-lo tomando uma compreensão relacional dos espaços-tempo para o projetar no futuro.

Diante do exposto e em concordância com os autores e autoras que discutem a hermenêutica biográfica, pode-se afirmar que vivemos em constantes processos de nos autobiografar, ou seja, este ato de narrar a própria vida se configura enquanto uma atividade humana espontânea em nosso cotidiano fornecendo elementos para compreender como os fenômenos surgem e dão sentido, a forma de pensar, de agir, a identidade das pessoas, seu viver e assim seu adoecer.

Nesse sentido, Delory-Momberger (2012, p. 525), legitima “um lugar particular à enunciação e ao discurso narrativo, na medida em que o narrativo, pelas suas características específicas, é a forma de discurso que mantém a relação mais direta com a dimensão temporal da existência e da experiência humana”.

Concepção esta de grande relevância para o entendimento do fazer acadêmico-científico que aqui se propõe considerando o movimento do construcionismo social.

Então, se de um lado há a perspectiva biográfica preocupada com histórias de vida fornecendo importantes contribuições e elementos conceituais para a biografização destas histórias. De outro, tem-se o construcionismo social para estabelecer relação tendo como produto deste processo a possibilidade de melhor apuração dos sentidos e repertórios que se abrem no ato de contar das pessoas, nos seus rastros biográficos, de modo a contribuir para contextualizar o conjunto social, as linguagens e os discursos que permeiam as significações históricas, identitárias e vivenciais em relação aos mundo, ao HIV, a Sexualidade e aos Gêneros.

Ou seja, por meio de uma mirada cultural, histórica, social e politicamente localizada para a produção de múltiplos mundos-de-vidas comuns de que compartilham e encontram na soropositividade seu ponto de intersecção.

Neste processo, considerou-se também os estudos marginalizados e subalternizados de gênero e sexualidade ancorados em uma teoria crítica de gênero que busca protagonizar vozes subalternas rompendo com o essencialismo e fundacionalismo biológico a partir de autoras e autores já citados no decorrer desta dissertação como Michel Foucault, Richard Miskolci, Larissa Pelúcio, Jaqueline Gomes de Jesus e outros como Judith Butler, Teresa de Lauretis, Berenice Bento, Céu Cavalcanti, Guacira Lopes Louro etc., para que se pudesse, mais concretamente, atingir os objetivos da pesquisa.

4.3. Percursos e Procedimentos Metodológicos

Com base no exposto, trata-se, portanto, de uma pesquisa qualitativa articulada a hermenêutica biográfica para apreensão das histórias de vidas de gays e pessoas trans com diagnóstico positivo para o HIV tomando a perspectiva construcionista para análise das linguagens em uso, das práticas discursivas e dos repertórios interpretativos que constituem a produção de sentidos destas histórias.

Optou-se pela pesquisa qualitativa por esta se apresentar como a melhor metodologia para a pesquisa porque trabalha “com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes” (Minayo, 2007, p. 21) permitindo visualizar e aprofundar o estado da arte referente à temática.

Além de que, a aplicação deste tipo de pesquisa, é a que melhor se aproxima do “estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos” (Minayo, 2010, p. 57).

Por tal aplicabilidade, segundo a autora, a pesquisa qualitativa permite a imergência na complexidade da realidade social fundamentando-se na investigação em “profundidade dos valores, práticas, lógicas de ação, crença, hábitos e atitudes de grupos familiares e indivíduos sobre a saúde, a doença, as terapêuticas, as políticas, os programas e demais ações protagonizadas pelos serviços de saúde” (Minayo, 2010, p. 75).

4.3.1. Territorialidade em Campo-Tema: SAE/Natal e Alguns Conflitos!

Era quinta-feira, acordei as 4h30 da manhã para visitar o Serviço de Assistência Especializada em HIV/Aids e Hepatites Virais (SAE)/Alecrim-Natal com o intuito de me aproximar a territorialidade do campo-tema para tirar notas e ideias que pudessem me auxiliar na construção do percurso metodológico do projeto de pesquisa, conhecer o seu funcionamento e fazer o encaminhamento do meu próprio tratamento.

Tomei um banho, troquei de roupa, preparei um rápido café e apanhei o ônibus 54 na Vila de Ponta Negra para o Alecrim às 5h15. Ao chegar na instituição às 6h30 me deparo com uma grande fila, um misto de silêncio e pequenos grupos compartilhando entre si aspectos de suas vidas e tratamentos.

Bastava uma pessoa chegar que todos os olhares se direcionavam a ela percorrendo seus comportamentos: “*Quem é o último da fila?*”. Assim funcionava a organização dos usuários que controlavam um a um para garantir que a ordem de chegada fosse mantida, ainda que em suas falas, sempre acontecia de alguém tentar burlar o modus operandi do grupo para passar na frente.

Todos aparentavam certo cansaço no olhar de quem estava há muito tempo esperando, eis que uma usuária reclama: “*Não é certo a gente acordar 4h da manhã para vir aqui, esperar abrir as 7h para pegar ficha para marcar consulta e muitas vezes não conseguir*”. Tais palavras geraram um sentimento de revolta entre as pessoas ao seu redor que concordaram e compartilharam do mesmo sentimento.

Sete horas, as portas da instituição se abriram e um alvoroço começou a se formar. A psicóloga do SAE se dirigiu até a porta do setor barrando a passagem das pessoas para entregar as fichas de atendimento que eram organizadas para 3 médicos, cada um incluía 10 fichas para consultas e 2 para pacientes de primeira vez.

O sistema correspondia a pegar ficha para marcar a consulta para a próxima semana, ou seja, o usuário que pegasse ficha neste dia iria marcar para a próxima quinta-feira. Além disso, cada médico tinha seu dia específico de atendimento, então para que os usuários pudessem pegar fichas correspondentes ao seu médico, teriam que ir no dia que ele atende.

A psicóloga ao se alocar na porta de entrada do setor demonstrava que o intuito era deixar entrar apenas aqueles com as fichas, os que estavam com consulta marcada ou os que precisavam resolver algo.

Todo este processo durou em média de 30 a 45 minutos. Os que conseguiram as fichas respiraram aliviados demonstrando que o esforço por ter acordado cedo tinha valido a pena. Já os que não conseguiram começaram a reclamar decepcionados e revoltados com a forma de organização do serviço muitas vezes culpabilizando os profissionais que tentaram se eximir da culpa pedindo que os usuários denunciassem o serviço, ligassem na ouvidoria para relatar o que estava acontecendo, pois se não o fizessem tudo ia continuar do mesmo jeito, visto que eles já estavam falando com a administração superior e esta não estava preocupada com o que estava acontecendo.

Logo, prontamente uma usuária disse que todos deveriam se unir para melhorar o sistema, pois todos eram iguais e estavam no mesmo barco. Que se não pressionassem, nada iria mudar.

Fiquei observando este conflito e o desespero dos usuários que relataram que toda semana era do mesmo jeito, que estavam cansados de acordarem cedo, chegar no serviço, não conseguir marcar consulta e que por isso sentiam vontade de abandonar o tratamento. Alguns

ainda disseram da relação com as médicas em que uma usuária gostaria de mudar de médica pois a que lhe tratava era muito fechada, não olhava direito para ela e era muito ríspida.

Após observar as interações entre os usuários, adentrei ao setor do SAE e conversei com alguns profissionais para conhecer o serviço, fazer os encaminhamentos para meu tratamento e para falar da minha pesquisa.

O espaço não era muito grande, a recepção tinha poucas cadeiras e muitos acabavam por ficar em pé. Nas paredes, alguns cartazes com telefone da ouvidoria, da Associação Vidas Positivas-AVIP entre outros.

No chão, uma mesinha comportava uma televisão, fichas de senhas para a farmácia, uma cesta com preservativos e uma caixa de sugestões na qual utilizei para colocar tais observações e sugestões de mudanças, sobretudo para um novo modelo de marcação de consultas.

A sala da farmácia era um tanto que pequena. Havia ainda uma sala para Assistente Social, uma para a Psicóloga e outras duas para os médicos. Soube que o serviço estava alocado no Centro Reprodutivo Dr. Leide Morais temporariamente, pois antes ele era no Hospital Giselda Trigueiro. Não me informaram o motivo da realocação.

Os profissionais com quem conversei foram prestativos na medida do possível ainda que estivessem correndo com suas atividades e atendimentos. Demonstravam preocupação e certo receio por causa do tumulto prevenindo para que a situação não se agravasse.

Conversei primeiro com a enfermeira que relatou que todos os dias era sempre a mesma coisa e que só faltam bater neles. Ao falar da minha pesquisa e sobre a temática, a enfermeira me aconselhou a falar com a Administração Superior para que eu pudesse ter autorização de coletar os dados na instituição, mas que eu poderia ter dificuldades, pois a Administração Superior não era receptiva e que os usuários ao perceberem que eu também

faria tratamento lá poderiam não entender o porquê de um usuário estar olhando os prontuários médicos.

Em um dado momento, ao conversarmos sobre o impacto do diagnóstico, a enfermeira diz que muitos ao fazerem o teste rápido acabam chorando muito, que ela tenta fazer o acolhimento, mas não garante o que a pessoa possa fazer ao sair do serviço e que por isso ela informa para a pessoa que “*transmitir para outra pessoa é crime*” orientando que ela voltasse para fazer o tratamento, pois isto iria lhe assegurar uma vida “*quase normal*”.

Terminamos nossa conversa e eu me dirigi a sala da Assistente Social, uma profissional de poucas palavras que não conversou muito comigo, percebi que não teria abertura para conversar com ela que demonstrava certo incomodo por estar trabalhando neste serviço, muitas vezes falando em tom preconceituoso e moralista sobre HIV e Sexualidade ancorados em termos como promiscuidade, grupo de risco etc.

Não prolonguei nossa conversa e caminhei até a sala da psicóloga que foi bastante receptiva e em tom de desabafo começou dizendo que é difícil passar por isso todos os dias, mas que ela sozinha não consegue fazer muita coisa, que é complicado ver as pessoas indo embora do serviço sem conseguirem suas consultas.

A profissional salientou que hoje as coisas estão diferentes, que o preconceito não é mais tão acentuado, que se as pessoas se cuidarem podem ter uma vida com mais qualidade, mas que fica difícil com o sistema da forma que estava, porém sabia que seus usuários estavam de olho no serviço como que numa espécie de controle social. Relatou ainda que este caos no período da greve em Janeiro de 2017 foi ainda pior, que só faltaram quebrar a instituição.

Terminei minhas tarefas neste dia e voltei outros dias me deparando com as mesmas situações de manhã, fila, tumulto e dificuldade para marcação de consultas. Inclusive fiquei algumas vezes sem conseguir marcar consulta tendo que chegar cada vez mais cedo.

A tarde o serviço era um tanto que vazio, as pessoas iam lá geralmente para pegar medicação na farmácia que atendia prontamente ou quando havia atendimento médico.

De início os horários da farmácia eram regulados abrindo alguns dias de manhã e outros a tarde por conta da falta de profissionais de farmácia, porém com a reivindicação dos usuários para a contratação de mais profissionais, a farmácia conseguiu manter os dois horários em funcionamento de segunda à sexta.

Percebi nas falas de alguns usuários que para além desta falta de profissionais, alguns passaram pela falta de medicamento causando certa preocupação sobre o que isso acarretaria no seu tratamento.

As observações informais aconteceram entre Abril e Novembro de 2017. Aos poucos fui percebendo que os usuários foram se articulando com o intuito de melhorar o serviço. Ao que me parece, estes conflitos duraram ainda mais alguns meses tendo seus resultados em Abril de 2018 em que o serviço começou a implantar um novo sistema para marcação de consultas baseados no modelo de retorno semelhante ao que muitos usuários estavam sugerindo e ao que coloquei na caixa de sugestões.

O usuário sai da sua consulta e já pode ver uma data para agendar a próxima consulta, seu retorno, e então com uma semana mais ou menos antes do dia da consulta ele liga ou vai até o serviço para confirmar a consulta.

Durante todo este percurso, considero a presente experiência como crucial para definir o percurso metodológico da pesquisa, para definir o processo de mapeamento dos participantes para as entrevistas e para a elaboração do roteiro da entrevista da pesquisa que pudesse dar base para um plano de análise.

4.3.2. Participantes

Em decorrência do período de observação em/no cotidiano do campo-tema, optou-se por mapear a amostra de participantes a partir da Associação Vidas Positivas de Natal-RN e

da Articulação Aids do Rio Grande do Norte que são entidades que congregam organizações com atuação nas áreas de prevenção, assistência e controle social em HIV/Aids, bem como de contatos da minha rede pessoal e social, visto que como informado pela enfermeira do SAE, poderia ter dificuldades de abertura para realizar a pesquisa na instituição.

Todavia, como a política de HIV/Aids no Brasil é organizada no SUS em atendimento especializado a esta população, principalmente nos Centro de Testagem e Aconselhamento, e Serviço de Assistência Especializada em HIV/AIDS/HEPATITES VIRAIS (CTA/SAE/HIV/AIDS/HV), todos os participantes de algum modo teriam relação com este serviço para a manutenção de seus tratamentos seja para a realização das consultas e exames ou para a dispensação de antirretrovirais.

A priori, não se pretendeu delimitar um número fixo de participantes, podendo cada um indicar outros mais estabelecendo uma pesquisa em rede, ou seja, o recrutamento dos participantes foi amparado pela técnica metodológica *snowball* também denominada de *snowball sampling* (Biernacki & Waldorf, 1981).

Técnica, esta, conhecida no Brasil como “amostragem em Bola de Neve” ou ainda como “Cadeia de Informantes” (Penrod, Preston, Cain & Starks, 2003; Goodman, 1961) e muito eficiente para pesquisas com participantes que passam por situações de ocultamento social como no caso da sorologia para o HIV (Faugier & Sargeant, 1997; Zea, 2004; Browne, 2005).

Em resumo a técnica consiste em que os participantes iniciais de uma pesquisa sugerem novos participantes que, por sua vez, recomendam outros participantes e assim sucessivamente até que seja alcançado o objetivo proposto do estudo que foi fechado no ponto de saturação compreendido quando os participantes trazem conteúdos similares já obtidos em entrevistas anteriores, sem adicionar novos elementos relevantes à pesquisa (WHA, 1994).

Entretanto, por trabalhar com história de vidas, compreendo que estas são singulares em suas vivências e experiências, mas que em alguma medida podem se aproximar. Para tanto, fiz desta aproximação o ponto de saturação.

Pretendeu-se equilibrar minimamente o mesmo número de participantes gays e pessoas trans. O critério de inclusão para participação da pesquisa compreendeu homens gays e mulheres travestis/transsexuais que tiveram seu diagnóstico positivo para o HIV na faixa etária dos 20 a 39 anos.

As entrevistas biográficas foram realizadas em locais que ficaram a critério dos participantes e onde pudessem se sentir mais confortáveis. Desta forma, foram realizadas cinco entrevistas sendo três com participantes que se autodeclararam gays e duas com participantes que se autodeclararam travesti e mulher trans conforme tabela abaixo:

Tabela 3 – Amostra de Participantes

Nome	Identidade de Gênero e Orientação Sexual	Cor/Raça/Etnia	Idade	Estado Civil	Profissão	Diagnóstico Faixa Etária
Benivaldo	Homem Gay	Negro	38 anos	Solteiro	Auxiliar de Serviços Gerais	2016 36 anos
Rafael	Homem Gay/Pansexual	Amarelo Asiático	36 anos	Relacionamento Sorodiscordante	Controlador de mídias sociais da Câmara de Natal	2007 25 anos
Francisco	Homem Gay	Negro	31 anos	Relacionamento Soroconcordante	Professor	2016 29 anos
Jacqueline	Travesti Heterossexual	Negra	53 anos	Solteira	Militar aposentada da Marinha	1991 26 anos
Pollyana	Mulher Trans Heterossexual	Negra	28 anos	Solteira	Estudante e Ativista	2016 26 Anos

Fonte: Dados da pesquisa

4.3.3. Instrumentos da Pesquisa

Procurei conhecer a produção de sentidos sobre soropositividade nas histórias de vida de gays e pessoas trans na cidade de Natal/RN por meio de entrevistas em profundidade audiogravadas auxiliadas por um roteiro organizado em três partes: Introdução, Desenvolvimento e Conclusão (Apêndice A), que foi pensado a partir das interações e da territorialidade em campo-tema.

A Introdução abordou questões de cunho sócio demográfico e identitário para possibilitar um perfil dos participantes por meio de questões mais gerais como nome, orientação sexual, gênero, raça/cor/etnia, profissão. A parte do desenvolvimento foi iniciada com uma questão disparadora complementada com questões exmanentes, portanto mais focais e específicas. E a parte da Conclusão fechava as entrevistas com questões de análise e avaliação de toda a vivência narrada abrindo espaço para que pudessem registrar outras informações que pudessem não terem sido contempladas nas questões anteriores.

Me disponibilizei para acolher e escutar questões referentes a família, companheiros, desejos, projetos de vida, entre outros antes, durante e depois das entrevistas. Assim, ao longo deste processo, os participantes e as participantes puderam falar sobre suas histórias de vidas em relação ao diagnóstico do HIV para além do roteiro previamente organizado considerando os encontros como um momento de acolhimento.

Todo o processo foi pautado mediante a leitura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido assinado e disponibilizado em duas vias, uma para o pesquisador e uma para o/a participante, além de ficar a critério do/da participante em registrar no TCLE a concordância ou não com o anonimato ou revelação de sua identidade. Todos/as os/as participantes assinalaram no TCLE que a sua identidade pudesse ser revelada. Além do TCLE, foi disponibilizado o Termo de Autorização para Gravação de Voz que assegurou o registro em áudio das entrevistas.

4.3.4. Aspectos Éticos

Quando se pensa nos aspectos éticos de uma pesquisa, uma das primeiras coisas que se passa pela cabeça da pessoa pesquisadora são as formulações e submissões necessárias para o comitê de ética em pesquisa.

Para além disso, é preciso chamar atenção também para outro aspecto, algumas vezes tomado sem a merecida atenção. O do compromisso com a pessoa, dos aspectos éticos que levem em consideração as pessoas que serão participantes de uma pesquisa, especialmente quando esta se detém fazer apreensões sobre histórias de vida, não se limitando apenas ao acordo do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Desta forma, para esta pesquisa, além da preocupação com o comitê de ética em que foi estruturado os instrumentais necessários para aprovação da mesma em 26 de Dezembro de 2017 sob o número de parecer 2.456.454 e CAAE 80926017.7.0000.5537, que diz respeito ao Projeto Detalhado da Pesquisa, Formulário CEP/UFRN, Carta de Anuência, Declaração de Não Início, Termo de Autorização para Gravação de Voz, Termo de Confidencialidade e TCLE seguindo-se os procedimentos éticos de respeito aos participantes, de acordo com a resolução nº 466/12 sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (Brasil, 2012b), tive também, como prerrogativa, a preocupação com as pessoas da pesquisa sem reduzi-la apenas à parte burocrática da pesquisa, tangível, mais principalmente se dedicando a pessoa, a sua subjetividade, o intangível.

Ou seja, no debate da construção de sentidos e argumentação nos campo-temas, garantindo a todo instante o resguardo de sua integridade identitária, moral, física e psicológica por meio de constante vigilância na condução dos relatos biográficos prevenindo prejuízos na sua participação que foi conduzida no mais rigoroso cuidado.

Além disso, ainda no que tange as implicações éticas, faço algumas observações tomando como destaques os aspectos imprescindíveis para uma ética em pesquisa apresentados por Spink e Menegon (2013) que diz respeito à:

“1) pensar a pesquisa como uma prática social, adotando uma postura reflexiva em face do que significa produzir conhecimento; 2) garantir a visibilidade dos procedimentos de coleta e análise dos dados; e 3) aceitar que a dialogia é intrínseca à relação que se estabelece entre pesquisadores e participantes” (Spink & Menegon, 2013, p. 69)

Exalta-se aqui uma ética baseada no posicionamento político social do pesquisador não reduzindo-a tão-somente a uma discussão teórico-filosófica, mas também voltada para beneficiar a pessoa em seus aspectos existenciais, de sobrevivência pessoal e coletiva tomando a socialização do resultado da construção do conhecimento em forma de ação concreta que possa possibilitar melhorias na condição de vida da população, especialmente aquelas que ofereceram as informações para se pensar e elaborar as postulações críticas acerca do mundo e das múltiplas realidades do HIV.

Em suma, a rede que sustentou os fundamentos metodológicos, teóricos, filosóficos e éticos da pesquisa foi forjada a partir de um comprometimento e empenho ético-político transformador, emancipatório, de denúncia e combate às desigualdades e iniquidades sociais e em saúde, a partir de uma relação de pesquisa horizontalizada.

4.3.5. Plano de Análise das Entrevistas Biográficas

As entrevistas biográficas foram analisadas no tocante a preconização da perspectiva do construcionismo social e inspiradas nas técnicas de Mapas Associativos, Linhas Narrativas e Repertórios Interpretativos das Práticas Discursivas e Produções de Sentidos (Spink, 2013; Spink & Medrado, 2013; Spink, 2010).

Assim, as entrevistas foram transcritas e organizadas em quadros previamente construídos, segundo estratégia metodológica inspirada no uso dos Mapas, discutidos por

Mary Jane Spink e Helena Lima (2013). Tal perspectiva de Mapas pareceu interessante, pois segundo as autoras:

A construção dos mapas inicia-se pela definição de categorias gerais, de natureza temática, que refletem sobretudo os objetivos da pesquisa. Nesse primeiro momento, constituem formas de visualização das dimensões teóricas. Busca-se organizar os conteúdos a partir dessas categorias – a exemplo das análises de conteúdo – mas procura-se preservar a sequência das falas (evitando, dessa forma descontextualizar os conteúdos) e identificar os processos de interanimação dialógica a partir da esquematização visual da entrevista como um todo (ou de trechos selecionados da entrevista) (Spink & Lima, 2013, p. 84).

Desta forma, inicialmente, identificamos os repertórios fazendo análise das linhas narrativas para ampliar a possibilidade de categorização além de dar maior visibilidade as histórias e as práticas discursivas para, a partir destas, analisar a produção de sentidos. Construimos e trabalhamos com nossos próprios quadros analíticos partindo destes princípios, embora tenhamos nos inspirados em uma formatação diferente da disposta pelas autoras, com o material que possuíamos semelhante ao que fez Quirino (2012) em sua dissertação de Mestrado.

Portanto, o quadro foi construído tomando como base os temas que orientaram as questões do roteiro de entrevista, e constituiu-se numa espécie de painel temático que contemplava diferentes aspectos do nosso objeto. Assim, a construção deste primeiro quadro, disposto a seguir, acompanhou as linhas narrativas produzidas pelos próprios interlocutores mediados por elementos definidos ante as contações.

A disposição deste quadro possibilitou o estabelecimento de comparações nas falas entre diferentes interlocutores. É importante salientar que tal organização não teve como intuito apontar regularidades nos argumentos, mas a partir deles encontrar seus pontos de convergência e incongruência que possibilitasse uma maior compreensão dos modos como a produção de sentidos nas histórias em relação a vida soropositiva ia se construindo discursivamente no cotidiano destas pessoas.

Quadro 1 – Modelo do Quadro de Análise, elaborado para organizar as informações produzidas com os interlocutores da pesquisa a partir das questões-eixo orientadoras.

Ideias/ Aspectos do roteiro	Interlocutor 1	Interlocutor 2	...	Síntese
Sobre Soropositividade				
Sobre Apoio Social				
Sobre Preconceito/Discriminação				
Sobre Aspectos Políticos, Tratamento e SAE				
Sobre a Construção de Si				

Assim, o plano em questão tem favorecido a análise dos dados por eixo tanto dos repertórios interpretativos quanto das negociações de sentidos que perpassaram as seguintes etapas:

Tabela 4 – Etapas do Plano de Análise das Entrevistas Biográficas

Etapa 1	Etapa 2	Etapa 3	Etapa 4	Etapa 5
Realização das Entrevistas Biográficas	Escuta e Transcrição das Entrevistas Biográficas	Análise dos Repertórios Interpretativos e das Linhas Narrativas	Organização em quadros a partir dos eixos: I - Soropositividade II - Apoio Social III - Preconceito/Discriminação IV – Aspectos Políticos, Tratamento e SAE V - Construção de Si	Análise das Negociações de Sentidos a partir dos quadros

5. Histórias Posit(hiv)as: Sentidos e Potências para a Vida!

Certas histórias não acontecem com todos. Esta é uma delas e vale a pena contá-la porque acontece com muitos e envolve enredos cujos fios circulam através de todos os corpos.

Herbert Daniel (1989, p 16)

Contar histórias é quase que uma atividade espontânea compartilhada entre as pessoas em suas interações, portanto importante, pois a contação permite criar uma memória coletiva em torno de si como que numa espécie de “comissão da verdade” sobre uma situação, pessoa, ou a própria história da pessoa.

Quantas vezes, percebemos, quando as pessoas querem relatar uma experiência ou vivência que consideram importante, seja uma ação social, ou uma conquista e os passos para esta conquista, um adoecimento ou um tratamento de saúde efetivo, elas se sentem mais confortáveis narrando o processo como que em um detalhamento das dificuldades e potencialidades do mesmo considerando as repercussões em sua vida.

Seja dentro de um ônibus, num passeio, ao telefone, em sua própria casa ou até em uma festa, a contação de histórias na maioria das vezes está presente e é quase que uma atividade inerente da socialização humana.

Quantas vezes quando não sabemos como elaborar um texto de uma investigação ou um roteiro de uma entrevista nos apoiamos em expressões como: "*Conte-me sua história*", "*Conte o que aconteceu, o que sentiu, suas percepções*", "*Conte como aconteceu*".

Foi neste sentido que iniciei as entrevistas. Solicitei aos participantes que me contassem um pouco de suas histórias de vida em relação ao diagnóstico positivo para o HIV, o que sentiram, como perceberam, o que tinham de lembranças, o que marcou etc.

Assim, apresento, estas resistentes e potentes histórias como que num manifesto pela vida soroposit(hiv)a.

5.1. Benivaldo: Um momento de luta pela saúde e felicidade!

No dia de 14 de Março de 2018 encontrei Benivaldo. Homossexual, negro de 38 anos, auxiliar de serviços gerais que recebeu seu diagnóstico positivo para o HIV em 2016 quando tinha 36 anos através de um exame de rotina.

Ao iniciar suas linhas narrativas, o participante evitava o uso da palavra HIV ou da palavra Aids, o que gerava quebras discursivas muitas vezes omitindo-a ou substituindo-a por outras palavras de referência tais como "isso" e "disso" como que numa resistência ou desconforto em nomear a doença conforme pode ser observado nos seguintes trechos:

“Eu achava que eu nunca iria passar por uma coisa assim. O destino me reservou isso né”

“Depois que eu descobri é muito difícil pra mim me relacionar, me relacionar com outra pessoa”.

“Depois que eu descobri eu fiquei muito, é, como posso dizer, cansado”.

“Seria ótimo né, você ta naquele desespero que você vai morrer um dia e de repente chegar um médico, alguém, dizer, é hoje a cura, que você vai poder, curado” (Benivaldo, 38 anos, Gay, Negro e Soropositivo).

Assim, a medida que o participante, através do seu ato de contar, ia montando suas linhas narrativas e seus repertórios sobre o HIV era possível perceber que eles recaíam em três dimensões de sentido: Primeiro como uma fatalidade, segundo como um cuidado e o terceiro como uma transformação em sua vida:

Tabela 5 – Repertórios Interpretativos de Benivaldo

HIV Fatalidade	HIV Cuidado	HIV Transformação Pessoal
<i>Abalado</i>	Destino	<i>Tranquilo</i>
Rejeição	Sigilo	Lutar
Preconceito	Traição	Prevenção
Morte	Corpo	Normalidade
Desespero	Medicação	Passividade

Benivaldo tomava o HIV como fatalidade quando relatava o impacto do diagnóstico em seu estado emocional tendo suas primeiras associações relacionadas a morte, ao

desespero, no sentimento que lhe passava a sensação de que sua vida tivesse sido interrompida naquele momento, na dificuldade de lidar com o diagnóstico, momento da entrevista no qual se emocionou.

Emocionado, o participante contou ainda que na mesma semana do recebimento do diagnóstico procurou iniciar o tratamento por conta do desespero que o assolava. Neste percurso, confiou no instinto de contar para sua família com o intuito de receber algum apoio, porém segundo o mesmo, sua família não reagiu muito bem desamparando-o e rompendo o vínculo no qual não possui até hoje.

Para o participante, é preciso ter uma atenção em viver com este diagnóstico tais como nos modos de se relacionar com outras pessoas, no contar da sua sorologia ainda que considere este ato como tranquilidade, pois a partir da sua experiência com sua família, o sigilo sorológico poderia prevenir certas rupturas interpessoais em sua vida. Neste sentido, o participante conta que apenas ultrapassa a barreira do sigilo sorológico quando estabelece uma relação de extrema confiança com a outra pessoa. Para justificar, Benivaldo trouxe exemplos de experiência com alguns amigos que ao contar sua sorologia acreditando que tal informação ia ficar restrita a eles, descobriu que estes compartilharam sua sorologia com outras pessoas tomando uma amplitude que expôs o participante para todo o seu bairro. Por toda esta vivência, Benivaldo percebe que ainda há muito preconceito em relação a doença e por isto resgata novamente a dimensão do cuidado sobre esta questão.

Ao iniciar seu tratamento no SAE/Alecrim-Natal, Benivaldo informou que não conhecia como era este processo e que no início teve diversos efeitos colaterais por conta da medicação que incluíam pesadelos, alucinações e insônia que só amenizaram, segundo o participante, após a negociação com sua médica para troca da medicação. Tal mudança proporcionou uma melhor adesão e adaptação ao tratamento pelo participante que informou que não tem sentido os efeitos colaterais com tanta intensidade como no início.

Sobre sua relação com a instituição de saúde e a percepção da política de HIV/Aids o participante lembra que de início não havia dificuldades com o tratamento que percebia o funcionamento regular do sistema, mas que posteriormente percebeu que estava ocorrendo falta de alguns remédios para algumas pessoas até que com a pressão dos usuários a situação pareceu ter melhorado um pouco.

Por iniciar o tratamento logo que descobriu sua sorologia, o participante lembrou mais uma vez do impacto do diagnóstico em sua vida tendo suas primeiras reações psicológicas relacionadas a suicídio, mas que foi tomado por uma força que não saberia explicar que dizia para que o mesmo lutasse por sua vida. Neste momento, percebe-se que a soropositividade se transforma como um qualificador de lutar pela vida para o participante

Porém, ainda que o participante procurasse demonstrar uma transformação concretizada em torno da doença no sentido de que ela não influenciava em sua sexualidade, nos seus modos de ser, ficou perceptível certa incongruência em suas práticas discursivas quando mencionou ter dificuldades de se relacionar por conta do HIV, da preocupação em transmitir o vírus para outra pessoa e que considera que antes ele era uma pessoa mais agitada e ativa, mas que analisando se isto teria influência dos medicamentos, considerou que ele se tornou uma pessoa mais cansada queixando-se de várias dores em partes do seu corpo que impossibilitavam o mesmo de fazer alguns esforços físicos tais como dançar.

Por fim, Benivaldo, mesmo com a falta de apoio familiar relatada, finaliza a entrevista com boas lembranças neste quesito, pois contou que teve uma amiga que o apoiou e continua apoiando, sendo seu alicerce. Em resumo, as linhas narrativas que versaram a prática discursiva em torno de sua história de vida a partir do diagnóstico positivo para o HIV dizem respeito ao impacto do diagnóstico, a falta de apoio familiar que se afastou do participante, bem como as questões de preconceito e discriminação no que tange a contar a sua sorologia

para as pessoas e o medo de ingressar em uma relação conjugal por conta da preocupação em transmitir a doença ao parceiro.

Contanto, percebe-se também práticas discursivas positivas no sentido de lutar pela vida e que esta doença não o define. Emocionou-se em alguns momentos e após a entrevista relatou ter se sentido aliviado.

5.2. Rafael: Um novo sentido para a vida!

No dia 02 de Abril de 2018 encontrei Rafael. Homem Pansexual, Asiático de 36 anos, controlador de mídias sociais da Câmara de Natal que recebeu seu diagnóstico em 2007 quando o Brasil iniciava os primeiros testes rápidos pela rede SUS.

De início, o participante relatou que o recebimento do diagnóstico positivo para o HIV foi um processo muito difícil visto que o serviço em que realizou tal exame agiu de forma antiética expondo o paciente a outros usuários.

Pelo impacto do diagnóstico, o participante informou ter desencadeado uma depressão profunda que perdurou por dois anos dificultando o seu processo de formação na faculdade e a propensão ao abuso de drogas ilícitas. Porém, como que em um insight, percebeu que precisava dar um basta para enfrentar a tão temida doença que em sua concepção nunca imaginava passar por isso.

“O que muita gente pensa né, que é uma coisa distante da gente né, é uma coisa que nunca vai acontecer com a gente, mas acontece né” (Rafael, 36 anos, Pansexual, Asiático e Soropositivo).

Rafael lembra da força e apoio que duas amigas da faculdade tiveram para lidar com o diagnóstico, bem como da psicoterapia que havia buscado. A medida que o participante, através do seu ato de contar, ia montando suas linhas narrativas e seus repertórios sobre o HIV era possível perceber que eles recaíam em três dimensões de sentido: Primeiro como uma Fatalidade, segundo como um Cuidado e o terceiro como uma Transformação Pessoal:

Tabela 6 – Repertórios Interpretativos de Rafael

HIV Fatalidade	HIV Cuidado	HIV Transformação Pessoal
<i>Arrasado</i>	Amizade	Vida
<i>Desesperado</i>	Psicoterapia	Alegria
Depressão Profunda	Corpo	Amadurecimento
Abuso de Drogas	Medicação	Amor Próprio
Medo dos Estigmas	Alimentação	Naturalidade
Rejeição Social		Engajamento Político

Rafael tomava o HIV como uma fatalidade quando expunha o impacto do diagnóstico em sua vida e o medo do preconceito que influenciou em sua depressão profunda e à uma recaída ao abuso de drogas. Neste percurso, relatou a rejeição social e familiar devido ao preconceito no qual o estigma era seu grande medo.

Contudo, ainda que o impacto do diagnóstico tenha sido muito grande, o participante ao refletir sobre sua história de vida, percebeu que precisava dar uma guinada em sua vida no sentido de desenvolver um cuidado para consigo mesmo. Neste sentido, a forma discursiva do HIV passa de uma fatalidade para um Cuidado em que o participante expõe o início de uma preocupação alimentar, com o corpo, com as medicações e até mesmo à uma responsabilidade condescendente e consciência crítica, pois em sua avaliação, ele era muito preconceituoso.

Ao iniciar seu tratamento, Rafael conta que possui o privilégio de ter as consultas pelo convênio particular o que facilitou muito a adesão ao tratamento. Porém, a medicação o mesmo retira no SAE/Alecrim-Natal onde expõe a falta de remédios que passou durante um tempo e o próprio sucateamento da política de HIV/Aids no Brasil. Neste momento, relata também a dificuldade de adesão aos medicamentos devido aos efeitos colaterais que incluíram vômitos e tonturas tendo que fazer a troca de medicamento para sua completa adaptação.

Um marco importante para o participante durante o ato de contar sua história diz respeito à força do preconceito contra as pessoas soropositivas em que um ex-namorado seu optou por não se cuidar por ter rejeição ao seu próprio diagnóstico e ao do participante.

Emocionado, Rafael expôs que seu ex-namorado preferiu falecer desenvolvendo um câncer do que se cuidar.

Ainda que o participante relatasse momentos de dificuldade, é possível perceber a passagem do HIV como um Cuidado para uma Transformação Pessoal. Isso se dá quando o participante anunciou o amadurecimento que obteve durante toda esta experiência, de preocupação com a vida, com a alegria e até mesmo direcionando-o para um engajamento político e amor próprio.

“Se eu tivesse a escolha entre, de voltar naquela época e ser infectado ou não eu teria escolhido que eu seria infectado sim, porque não, assim, o sofrimento me fez uma pessoa melhor também, eu melhorei muito, nossa, eu mudei totalmente, quem me conhecia naquela época e me conhece hoje todo mundo fala que não tem nada a ver um Rafael com outro” Que eu virei gente. (Rafael, 36 anos, Pansexual, Asiático e Soropositivo).

5.3. Francisco: Uma consciência política para a vida!

No dia 08 de Abril de 2018 encontrei Francisco. Professor, Homossexual, Negro de 32 anos que recebeu seu diagnóstico em 2016 depois de algumas suspeitas sobre um antigo relacionamento em que também se infectou com sífilis.

De início, Francisco relatou que o diagnóstico da doença foi muito impactante no sentido de pensar que a morte estava próxima, como se tivesse recebido uma sentença de morte, que depois de um mês ele iria falecer. Por conta disso, o mesmo quebrou a barreira do sigilo sorológico e contou sobre o que estava acontecendo para sua família e amigos.

No início, o participante conta que estes deram muito apoio, porém com o passar do tempo e vida se ajeitando, o participante disse ter percebido o quanto de preconceito as pessoas ainda tinham, seja nos pequenos gestos como compartilhamento de talheres, receio de toques pele a pele e até mesmo nas piadinhas. Com isso, Francisco foi percebendo diversas questões que envolviam a doença, pois considerava-se era um tanto que ignorante.

“Eu já tinha ouvido falar mas eu não queria falar. Eu era uma pessoa totalmente preconceituosa em relação a HIV/Aids. Eu pensava que as pessoas transmitiam por brincadeira isso aí. Eu era uma pessoa totalmente ignorante, mas porque eu queria mesmo ser ignorante, porque eu não queria saber do assunto então eu formava meus preconceitos. Iam formando isso dentro de mim, eu procurava não esclarecer, até que aconteceu comigo, aí foi daí que eu vi que o HIV ele pode ser um monstro se você quiser que ele seja, mas se você souber viver com isso e se cuidar direitinho você poder ter uma sobrevida bem legal.” (Francisco, 32 anos, Homossexual, Negro e Soropositivo).

Além disso, Francisco expõe a relação com os serviços de saúde e até mesmo do sigilo sorológico em que a sociedade ainda não está preparada para o acolhimento as pessoas soropositivas.

“É difícil você conviver com essa realidade pessoal e essa realidade social, até porque quando a gente chega no estabelecimento, no SAE, a gente encontra bastante rostos conhecidos né, então isso já é algo a se pensar né. Até onde a minha sorologia pode ser vista? Algo que não tem domínio sobre isso, cedo ou mais tarde, por mais que você esconda vão descobrir” (Francisco, 32 anos, Homossexual, Negro e Soropositivo).

A medida que o participante, através do seu ato de contar, ia montando suas linhas narrativas e seus repertórios sobre o HIV era possível perceber que eles recaíam em três dimensões de sentido: Primeiro como uma Fatalidade, segundo como um Cuidado e o terceiro como uma Transformação Pessoal:

Tabela 7 – Repertórios Interpretativos de Francisco

HIV Fatalidade	HIV Cuidado	HIV Transformação Pessoal
Crise	Apoio Familiar	<i>Força Interior</i>
Morte	Psicoterapia	Consciência Crítica
Medo	Medicação	Resistência
<i>Desolador</i>	Direitos Sociais	Igualdade
Preconceito		Prevenção Sexual
Ignorância		Engajamento Político
Vulnerabilidade do Sistema		Exigência nas Relações

Francisco tomava o HIV como uma fatalidade quando expunha o impacto do diagnóstico em sua vida e o imaginário da morte que rondou este processo. Lembrou dos

conflitos que teve com o serviço de saúde para marcação de consultas e falta de medicamentos, além dos efeitos colaterais dos remédios que influenciaram na sua adaptação:

“ele me deixava louca por causa da substância, me deixou louca por uns tempo”.

“Isso foi algo que marcou bastante né e tem marcado atualmente, eu nunca, nunca chegou acontecer comigo, e eu chegar lá e não ter medicação mas certa vez eu cheguei e não tinha funcionário pra me atender, e eu passei, eu passei um dia ou dois dias sem tomar medicação porque não tinha funcionário para me dar o remédio, isso pra mim foi bastante significativo, porque como um vírus que é tão letal, precisando de um tratamento constante não tem um funcionário pra me dar, pra me dar o frasco de remédio, achei isso um descaso. Desrespeito até, não só comigo, mas com a humanidade em si”.

“Eu senti revolta, senti revolta mesmo pela questão do desrespeito, descaso, porque como é que você vê a vida do outro né, é como a forma que você enxerga a vida do outro, um funcionário até me disse: Ah, passar um dia sem tomar, dois dias não morre não. Então você só toma, você só tem alguma coisa depois de quinze dias. Aí eu disse: É, mas não é você que ta com ele né, é fácil falar quando você ta de fora, mas quando você convive com o vírus dentro de você é difícil pensar assim. Infelizmente é o nosso país né (risos)” (Francisco, 32 anos, Homossexual, Negro e Soropositivo).

Neste percurso, relatou que obteve apoio de alguns familiares e amigos enquanto outros se afastaram por conta da carga estigmatizante que a doença ainda carrega. Além disso, o participante apontou se sentir vulnerável não por si e pela doença, mas por conta da própria vulnerabilidade do sistema político e da política de HIV/Aids no Brasil.

“Eu me sinto vulnerável muitas vezes, me sinto vulnerável. Se não fosse pela força que eu sei que eu tenho, eu acho que eu já tinha deitado pra muitas situações na minha vida mas eu me sinto vulnerável pelo sistema, pelo próprio sistema porque eles nos colocam num lugar de vulnerabilidade muita grande no social, principalmente quando nós estamos precisando de um certo auxílio e nos é negado, quando nós precisamos de um certo apoio e não tem profissional pra isso. Então é uma situação vulnerável, eu me sinto, como atualmente eu tenho me sentido vulnerável pela questão do desmonte do SUS né, como eu venho acompanhando e vendo muita coisa de privatização, a questão disso, a questão daquilo, eu vejo que por eu ser pobre, LGBT e soropositivo eu não vou ter condições de bancar devido a algo que foi privatizado, algo que já vai ser cobrado pra mim. Não, eu me sinto muito vulnerável” (Francisco, 32 anos, Homossexual, Negro e Soropositivo).

Neste aspecto, o participante quando questionado sobre o que mudaria em sua vida caso surgisse uma cura para o HIV demonstra certo altruísmo e condescendência informando

que daria preferência às pessoas que estariam em situações de vulnerabilidade maior que a sua.

“O que mudaria? Se surgisse a cura agora? Olha eu vou dizer a você, eu quero ver pra crê, eu quero viver pra ver né e pra crer também, mas eu creio que se aparecesse uma cura agora muitas vidas iam ser salvas né, e eu não me priorizaria por isso, não ia me sentir prioridade nisso não, até porque eu sei que eu sou soropositivo, mas tem pessoas que estão em situações pior, pior do HIV do que eu, então pra mim a prioridade são essas pessoas, na minha vida, o que ia mudar era um detalhe que ia sair da minha vida (risos), um detalhe que meu corpo ia expelir, mas na vida dessas pessoas eu acredito que ia ser uma, ia ser mais significativo, principalmente porque, pela questão de vulnerabilidade, de camada social, tem pessoas muito pobre vivendo com HIV e em situações de miséria mesmo, de calamidade, por não ter benefício do INSS, por não ser mais um algo que pese no benefício e por não ter emprego também pra essas pessoas. Eu acho que essas pessoas ia ficar bastante feliz por ter a sua vida de volta” (Francisco, 32 anos, Homossexual, Negro e Soropositivo).

Contudo, ainda que o impacto do diagnóstico tenha sido muito grande, o participante ao refletir sobre sua história de vida, percebeu o quanto de positividade podia tirar deste processo. Neste momento, o HIV passa de um Cuidado para uma Transformação Pessoal no sentido de que o participante desenvolveu singular amadurecimento com a experiência, obter mais consciência e engajamento crítico político sobre a vida, além de se mobilizar para o campo da resistência e luta por igualdade

“Não tem o porquê eu dizer eu não queria ter HIV, não, foi preciso eu ter né. É preciso eu ter, não quero que: Ah pegue HIV que você vai ser feliz. Não! Há vidas e vidas né, mas pra mim o HIV, eu soube tirar a positividade disso, não é só um nome soropositivo, eu tirei positividade disso né, eu não me coloquei no lugar negativo do HIV não” (Francisco, 32 anos, Homossexual, Negro e Soropositivo).

5.4. Jacqueline Brazil: Uma militar militante em luta pela vida!

No dia 10 de Abril de 2018 encontrei Jacqueline Brazil. Travesti, Negra de 53 anos, ex militar da Marinha e militante ativista dos direitos das pessoas trans que recebeu seu diagnóstico na época em que houve a Chacina da Candelária no Rio de Janeiro ao organizar uma campanha de doação de sangue para as famílias.

Ao doar o sangue, a participante foi convocada porque havia dado positivo para HIV.

Jacqueline recordou que foi um momento muito difícil.

“De início pra mim foi pavoroso porque eu tava sozinho no Rio de Janeiro né, ainda não tinha feito a transição ainda, eu tinha uns 20, 25 anos por aí, não, menos, eu tinha uns 23 anos né e eu não tinha ninguém no Rio de Janeiro né, então eu me vi sozinho lá e foi desesperador, e a marinha ela automaticamente ela quis se livrar de mim né, na época, e me colocou né pra junta médica né e eu lembro”

“É por causa do HIV né, então eles me colocaram lá, eu fiquei seis meses, quando eu voltei de seis meses, mais seis meses que duraram dois anos né e nesse período de dois anos é, ida e volta, toda vez que eu tinha que entrar no quartel eu tinha que ser escoltada né, até um dia que eles colocaram um, uma foto minha né, com as seguintes frases, essa pessoa é, é aidético e não pode entrar desacompanhado no quartel”

“Sabe aquele quadro que procura-se vivo ou morto”

“Então, quando eu cheguei pra entregar minha farda que já era o último ano né, depois de dois anos né, pra mim já ir pra casa, quando eu chego eu me deparo com aquela situação que me deixou constrangido pra mim passar pela portaria, ter que passar pelo quartel eu era pedido escolta do meu lado né, isso me constrangeu muito, foi a, acho que foi a pior fase da minha descoberta sobre a sorologia, o preconceito que existia naquele momento né, me senti sozinho, sendo escoltado, como se eu fosse um marginal, como se eu fosse um leproso e isso aquilo ali me deixou muito triste, muito abatido né, mas por outro lado é, eu me senti, eu me senti como se eu tivesse é nascido de novo, uma outra nova descoberta né, então eu comecei a tentar viver de uma forma que eu pudesse me respeitar, que eu pudesse buscar é conhecimento, que eu pudesse não ser condenado porque naquela época você descobria o HIV com três dois anos que você tava condenado a morte, e eu disse pra mim mesmo que aquilo ali não ia acontecer comigo, e partir daquele momento eu comecei a buscar conhecimento, buscar informações pra que eu pudesse estar aqui hoje contando pra você depois de mais de 23 anos de HIV” (Jacqueline Brazil, 53 anos, Travesti, Negra e Soropositiva).

Devido a sua relação com a Marinha, a participante relatou as dificuldades que teve no início do diagnóstico, mas que foram se superando com o apoio do movimento social, especialmente do Movimento Aids. Momento no qual considera que foi uma busca incansável por sobrevivência visto que a doença ainda era muito recente na sociedade, inexistia tratamento e o pânico social, sexual e de morte era muito evidente.

Nesta época de sua vida, a participante conta que as dificuldades foram somadas devido a distância da família e por ter que morar em situação de rua dependendo de outras pessoas.

Contudo, ainda que a Marinha de início tenha dado respostas discriminatórias, a interlocutora refletiu que de certo modo a instituição não a abandonou e foi um canal importante para que a mesma tivesse acesso aos antirretrovirais quando começaram a ser implementados.

“Ela me aposentou, ah era inválido, vai voltar pra casa e tinha essa renda fixa mas no entanto eu não tinha outras coisas que era família do meu lado, então isso me ajudou muito, mas por outro lado eu consegui achar força dentro de mim mesmo, porque eu prometi a mim mesmo que eu não ia ficar pra trás, que eu ia alcançar medicação, eu ia alcançar uma qualidade de vida melhor, que eu podia fazer o diferencial, foi isso que na época eu coloquei na minha cabeça até, que eu faça o diferencial”

“A marinha que me possibilitou a ter o contato direto com essas medicações. A marinha me acolheu muito né, ela me cuidou. Ela me dispensou, mas depois me cuidou. Então eu fui, eu tive privilégio, eu tenho privilégio de ter todas as medicações, medicamentos, garantida, não só pela rede SUS agora né mas também eu quando na época que não tinha o SUS, era a marinha mesmo, eu bancava, a marinha mesmo bancava os meus medicamentos, eu tive um período de dois anos que a marinha bancava os meus medicamentos, não era gratuito, então eu tive o privilégio de conhecer o medicamento logo cedo” (Jacqueline Brazil, 53 anos, Travesti, Negra e Soropositiva).

Jacqueline expõe a falta de diversos recursos que, diferente da contemporaneidade, não existam naquela época tendo que buscar o apoio dentro de si. A participante foi a única entrevista que recebeu o diagnóstico no período severo da epidemia.

“Não, não busquei por assim, naquela época não existia, eles queria largar você e ir embora, não tinha esse acolhimento que tem hoje né, felizes as pessoas hoje que descobrem hoje, que tem esse aparato, acolhimento, tem a Universidade, tem todo o mundo que hoje em dia todo mundo sabe que Aids não mata, mas na minha época matava né e era duro eu com 23 anos eu achava que ia morrer no dia seguinte então eu, eu, eu, como eu já tinha iniciado, eu fiz psicologia né até o quarto período, então isso me ajudou muito, então isso me ajudou a me segurar, eu fiz a minha própria psicologia, eu mesmo me tratei, eu mesmo me capacitei, eu mesmo me dei força a mim mesma” (Jacqueline Brazil, 53 anos, Travesti, Negra e Soropositiva).

A medida que a participante, através de suas lembranças e contação, ia montando suas linhas narrativas e seus repertórios sobre a relação com o diagnóstico positivo para o HIV, era possível perceber que eles recaíam em três dimensões de sentido: Primeiro como uma Fatalidade, segundo como uma Resistência e o terceiro como uma Transformação Pessoal.

Tabela 8 – Repertórios Interpretativos de Jacqueline Brazil

HIV Fatalidade	HIV Resistência	HIV Transformação Pessoal
Morte	Engajamento Político	Aceitação
Discriminação	Coletividade	Prevenção
Desinformação	Humanização	Amor Próprio
Falta de Tratamento	Renascimento	Humildade
Exclusão Social	Consciência	Qualidade de Vida Valorização da Vida

Jacqueline concebia o HIV como fatalidade quando relatava o impacto do diagnóstico e as primeiras respostas dadas a doença que eram inexistentes e ancoradas em temas como preconceito, moral, higienização e morte. Contudo, ainda que o impacto do diagnóstico e a inexistência de apoio no início tenha sido muito grande, a participante ao refletir sobre sua história de vida, percebeu que precisava se segurar a sua intensidade e resistência para poder viver. Neste sentido, o HIV passa de uma fatalidade para uma Resistência em que a interlocutora expõe que começa a se engajar mais politicamente, a obter mais consciência crítica e se direcionar pelos princípios de humanização e coletividade.

“Tudo, o HIV me ensinou muita qualidade de vida, ele me ensinou que cada passo que eu der, eu sou responsável por aquilo que eu faço, cada ato que eu cometer eu vou ter que responder por ele, então eu acho que a nossa vida independente do HIV, eu acho que o HIV ele só me fez afirmar isso né, que temos responsabilidades um com o outro, com o social, com amigos, com o amor, com a vida, e estamos sendo puxado a essa responsabilidade mais ainda porque a gente se torna, como eu digo pra você, mais sensíveis né, a gente se torna mais humano, então a gente começa a captar sensações das pessoas que a gente não conseguia anteriormente, a gente se vê como protagonista daquela história, se vê protagonista daquele movimento entendeu, então o HIV me fez isso, me trazer a realidade, que eu sou o que eu posso ser e o que eu posso fazer” (Jacqueline Brazil, 53 anos, Travesti, Negra e Soropositiva).

Ainda que a participante relatasse momentos de dificuldade, era muito perceptível uma grande resistência que a partir dela foi possível uma Transformação Pessoal. Isso se dá quando a participante anuncia o amadurecimento que a luta pela sobrevivência à doença possibilitou, em sua preocupação com a vida e amor próprio.

“Viva com amor, viva intensamente, se ame, se proteja, se cuide, cuide um dos outros e que a vida é isso, a vida é pra se viver independente do que corre no seu sangue, a vida é prazerosa, a vida, é, a vida é uma só e eu amo viver, eu adoro, eu respiro vida e eu só tenho que agradecer né por mais que a vida tenha me preparado algumas peripécias mas eu sou uma pessoa feliz com HIV ou sem HIV”

“Juro a você que, olha, eu hoje eu sou mais consciente, eu acho que se eu tivesse tido o HIV bem no início, bem, bem antes mesmo, talvez é eu teria sido uma pessoa melhor ainda né, essa transformação de ser ou não ser me transformou muito, me fez ser hoje a Jacqueline que sou, se não fosse a Aids eu não seria a Jacqueline que sou hoje né, não seria esse ser humano, não teria as conquistas que eu conquistei então, na minha vida, ele fez muita diferença pra melhor, pra melhor. Tanto politicamente, como pessoal, como é, como ser humano, como ativista e acho que sem o HIV eu não seria eu (risos), não seria eu, eu não existiria” (Jacqueline Brazil, 53 anos, Travesti, Negra e Soropositiva).

5.5. Pollyana: Um cuidado com mais qualidade de vida!

No dia 13 de Abril de 2018, encontrei Pollyana. Mulher trans heterossexual, negra (*com muito orgulho* sic), de 28 anos que recebeu o diagnóstico positivo para o HIV em 2016 através de um exame de rotina. Ao contar sua história, a participante demonstrava muita vivacidade em seus modos de descrever sua história elencando diversos sentimentos positivos em relação a sua saúde, a sua forma de ser e de viver como uma pessoa trans e soropositiva.

Os repertórios direcionados para falar sobre o HIV eram compostos em três dimensões de sentidos: Primeiro como uma fatalidade, segundo como qualidade de vida e o terceiro como uma transformação em sua vida.

Tabela 9 – Repertórios Interpretativos de Pollyana

HIV Fatalidade	HIV Qualidade de Vida	HIV Transformação Pessoal
Morte	Prevenção	Naturalidade
Depressão	Amor	Normalidade
Isolamento	Alegria	Amadurecimento
Renúncia	Família	Aprendizado
Medo	Indetectabilidade	Engajamento Político

De início, a participante relatou que teve muitas dificuldades para lidar com a surpresa do diagnóstico, visto que dizia sempre se prevenir e não estava esperando pelo resultado.

Pollyana contou, com muito agradecimento, o apoio e informações que tivera de sua mãe que viveu na época em que Aids matava e alertava a filha para que tomasse cuidado. A participante informou que já tinha estudado sobre a doença e que na época acreditava que isto não iria lhe ocorrer por ser muito inexperiente segundo avaliação da mesma.

Ao retratar o HIV enquanto fatalidade, a participante trouxe que a primeira reação que sentiu foi medo, pois não sabia como iria ser a sua vida após o diagnóstico, pois em sua concepção teria que renunciar algumas coisas para ter uma vida mais saudável, além de que informou ter passado por um período de depressão e isolamento por conta do impacto gerado fazendo com que buscasse o tratamento depois de um ano do diagnóstico.

Por não ter tido conhecimento de como era o tratamento em relação ao HIV/Aids que atrelado ao medo decorrente do diagnóstico, a participante relatou que sofreu no início com os efeitos colaterais dos remédios. Disse ter sentido muitas reações, muita insônia e pesadelo, além de muito enjojo no qual não conseguia comer de tudo, porém depois da adaptação aos medicamentos, estes efeitos amenizaram. Momento no qual contou com o apoio de Jacqueline Brazil que é sua amiga que explicou sobre como funcionava o tratamento e a acompanhou durante o início do processo de adesão.

Neste aspecto, Pollyana informou que se arrepende de ter começado o tratamento tardiamente, não por conta de alguma interferência em sua saúde, mas pelo desejo de ter atingido a indetectabilidade do HIV mais precocemente. Além disso, relatou também a burocracia do SAE/Alecrim-Natal, local onde realizada o tratamento, para marcação de consultas, exames e a falta de remédios no Estado. Percebe-se, nesta parte da entrevista, a passagem do HIV como fatalidade para um HIV como qualidade de vida em decorrência do acompanhamento e tratamento de saúde.

Isto se dá porque a participante faz uso de hormônios por conta da sua identidade de gênero e que com o acompanhamento regular no serviço de saúde a mesma informou ter

descoberto o que era qualidade de vida, pois relatou que também solicitam exames para verificar as taxas e as interações dos remédios com os hormônios visto que a participante não realizava este acompanhamento hormonal antes.

Em decorrência disto, Pollyana, que informou ser jogadora de vôlei, relata que tem medo de que possa ter alguma alteração em suas taxas fazendo com que não consiga ser uma profissional no esporte futuramente, pois a regularidade dos hormônios para a categoria que gostaria de adentrar no vôlei é um dos requisitos. Contudo, demonstrou que se sente muito feliz com os níveis dos exames e que por isto só tem a agradecer.

“Eu acho super normal conviver claro, eu não vou dizer para todo mundo ai vai lá e pega o vírus que é legal né (risos) mas acho que é natural, infelizmente aconteceu e o único, a única coisa que eu posso fazer é me prevenir, me cuidar e acho que a naturalidade do que, como acontece daqui a pouco você vê realmente, é mais normal do que eu imaginava sabe, é eu tenho um porte físico que ninguém diz que eu tenho nada até porque eu sou atleta também eu jogo vôlei desde os meus nove anos de idade e então pra mim é super natural. Se eu não quiser contar pra ninguém eu não conta se eu quiser contar eu conto” (Pollyana, 28 anos, Mulher Trans Heterossexual, Negra e Soropositiva).

Além destas práticas discursivas, a participante quando questionada sobre o que mudaria em sua vida caso existisse uma cura para o HIV relatou algumas dúvidas que versam sobre a teoria da conspiração recorrente no senso-comum de que ela já exista, mas que por conta do lucro que os remédios geram, talvez os cientistas não queiram publicizar no momento. Em sua concepção, isto talvez aconteceria caso o HIV voltasse a ser uma pandemia de intensas mortes, mas que independente disso ela iria recorrer a cura e que se precisasse se tornaria até uma cobaia para verificar a efetividade da mesma.

Para que a participante se sentisse bem em relação a doença, ela contou que foi necessário o apoio familiar que não deixou a desejar em nenhum momento, que este foi o seu maior alicerce. Entretanto, o mesmo não ocorreu em uma relação conjugal que ao relatar a avaliação que faz em contar sua sorologia para as pessoas, expõe que não conta para todas as pessoas, que para ultrapassar a barreira do sigilo sorológico, necessita primeiro avaliar a

confiança que deposita na pessoa, mas que em suas relações conjugais, procura sempre conversar sobre a sorologia, no qual diz que por isto é muito “*danada*”.

A participante ao ser questionada sobre a percepção do preconceito e discriminação em relação a estas questões pontua que nunca sofreu nenhum tipo violência neste sentido, mas que percebia isto ocorrer com outras pessoas no sentido de preconceito com elas mesmas, pois havia uma conhecida sua que teve resistências para fazer o tratamento e não iniciou por conta de que não aceitava a doença e não queria ser associada a mesma.

Aos minutos finais da entrevista, é possível perceber a transformação pessoal que toda a experiência constitui para Pollyana que relata se sentir muito feliz, apaixonada pela vida, cercada de pessoas incríveis como sua família e amigos e que independente de tudo a vida é feita para se viver.

Relatou que para ela ser trans e soropositiva é tranquilo, que isto não a limita, que pelo contrário, a partir disto ela percebeu que amadureceu mais, tanto no sentido pessoal, quanto no sentido político, que se sente mais engajada politicamente procurando entender mais sobre a doença para passar conhecimento as outras pessoas:

“Ai eu acho que minhas melhores lembranças é o lado da minha família e o meu esporte que eu amo demais que é o vôlei, onde eu fico realmente, eu me sinto hormonando quando eu to com meu sobrinho, com minha mãe com meus avós, com minha família e meus amigos do meu lado” (Pollyana, 28 anos, Mulher Trans Heterossexual, Negra e Soropositiva).

6. Negociando Sentidos para Reinventar e Reescrever Outras Histórias

*A AIDS está entre nós, é uma doença nossa, não é
uma doença do outro, do alheio.
VIVEMOS TODOS COM ELA.
A educação de que a doença é um problema comum
de toda a humanidade, gera uma estrutura de
enfrentamento de onde surgem as raízes da
solidariedade social.*

Herbert Daniel (1991, p 19)

Como mencionado nos capítulos anteriores, o objetivo desta pesquisa foi investigar a produção de sentidos e práticas discursivas por gays e pessoas trans em Natal/RN sobre sua soropositividade, as quais foram produzidas com cinco participantes.

Partindo de uma perspectiva biográfica e movimento construcionista social em psicologia social, cabe argumentar que o material e as análises aqui apresentadas são resultantes da interação dialógica estabelecida em um determinado contexto, linguagem, tempo, história, pessoa e que portanto, as histórias de vida na quais basearam as presentes análises foram demarcadas temporalmente tendo seu enfoque a partir da experiência da pessoa com o diagnóstico positivo de HIV para a produção de sentidos, ressignificações e rupturas, bem como dos contextos políticos e sociais que as envolveram.

Ademais, aposto numa perspectiva de “conhecimento localizado” (Haraway, 1995) no sentido de reconhecer que o conhecimento aqui produzido se organiza em um cenário de implicações, jogos, relações, emaranhados e posicionamentos tanto teóricos, práticos como políticos entre academia-pesquisador-participantes-militância.

No que tange aos procedimentos analíticos, estamos trabalhando a partir da estratégia de mapas associativos (Spink, 2013; Spink & Medrado, 2013; Spink, 2010). Organizamos o material discursivo produzido em conteúdos tendo 5 eixos analíticos:

I – **Soropositividade** que corresponde ao impacto e enfrentamento frente ao diagnóstico, na concepção e entendimento da doença;

II – **Apoio social** que se refere a busca ou recebimento de apoio em diferentes âmbitos (psicológico, familiar, relacionamento, religioso etc.) para lidar com a soropositividade;

III – **Preconceito/Discriminação** que diz respeito a ocorrência ou avaliação de fenômenos discriminatórios em decorrência do HIV, da sexualidade e do gênero;

IV – **Aspectos Políticos, Tratamento e SAE** que diz respeito aos itinerários terapêuticos e os percalços para a efetividade deste processo considerando os acontecimentos históricos, políticos ou econômicos em relação ao HIV/Aids e seus derivados e

V – **Construção de Si** que se refere ao modo como os participantes se constituem, a partir da experiência, considerando sua sorologia, sexualidade e gênero e o que compartilham disto.

Desta maneira, em detrimento da organização dos mapas associativos, tem-se então uma estrutura para analisar os repertórios temáticos que se apresentaram no ato de contar dos participantes, para discorrer sobre as linhas narrativas localizadas em diferentes tempos, eixos e compreender as negociações de sentidos que foram partilhadas no caráter processual das experiências levando em consideração a sua interanimação dialógica e sua relação com a literatura científica existente.

De início, elaborei a figura a seguir (Figura 6), de modo a facilitar a visualização dos repertórios sobre HIV constituídos junto aos interlocutores. A Fatalidade, O Cuidado, A Resistência, A Qualidade de Vida e A Transformação Pessoal são repertórios qualificadores que compõe uma complexa rede de práticas discursivas em relação ao status positivo do HIV como a adaptação e aceitabilidade da doença pelos participantes.

Sendo esta rede de repertórios o conteúdo das práticas discursivas que possibilitou compreender a pluralidade dos fenômenos que envolvem a dinâmica da soropositividade nas histórias de vida dos participantes na presente análise horizontal, é possível identificar e entender “as múltiplas maneiras de falar sobre um tema e as tradições discursivas que lhe

deram origem” (Aragaki, Piani & Spink, 2014, p. 231), bem como a forma em que interagiram para a negociação da produção de sentidos em suas vidas nos quais serão analisados nas próximas etapas a partir de conteúdos temáticos.



Figura 6 – Repertórios sobre HIV produzidos junto aos entrevistados.

6.1. Sobre Soropositividade

A soropositividade, quando narrada pelos interlocutores, pode ser percebida em duas perspectivas - Uma do Sujeito e outra da Medicina: A primeira delas situa a soropositividade como um estado, relacionado a um mal-estar tanto físico corporal (trazendo a ideia do impacto no funcionamento fisiológico), quanto em uma perspectiva subjetiva (trazendo a ideia do impacto no funcionamento psicológico).

Eu fiquei muito nervoso, abalado. E até que eu entrei para uma Associação e a pessoa me mediu o meu sistema nervoso como é que estava abalado e pegou e me indicou para uma psicóloga aonde eu estou até hoje (Benivaldo, 38 anos, Gay, Negro e Soropositivo).

Assim, esse momento é um momento que eu descobri né e quis, quis me jogar né, na frente de um carro, quis me jogar e não sei se foi uma pessoa, não sei o que foi naquele momento que me puxou de volta e disse que a minha vida não tinha acabado

ali. Eu lutasse. Eu lutasse porque se eu fizesse o tratamento, eu não ia morrer por causa disso, poderia morrer por qualquer outra coisa (Benivaldo, 38 anos, Gay, Negro e Soropositivo).

E aí eu peguei e saí de lá assim desesperando, correndo, e aí fui pra casa da minha amiga, foi lá que eu pude ficar mais tranquilo, conversei com ela. A gente passou assim a noite toda conversando. Depois eu fui pra casa e eu fiquei bem uns dois anos na depressão bem profunda (Rafael, 36 anos, Pansexual, Asiático e Soropositivo).

Olha, meu mundo caiu (risos). Foi difícil, muito difícil. Assim eu lembro que eu não sabia assim se eu ia pra casa ou se eu ia pra algum lugar assim tentar esclarecer as ideias antes de chegar em casa porque eu tinha medo do que podia acontecer em casa assim né. Uma crise, sei lá o que, por isso a primeira coisa que eu pensei era que ia morrer no mês seguinte, no mês seguinte. Então assim destruidor, pra mim foi desolador, eu pensei que minha vida ia para ali né. Logo veio, tenho que tomar esses remédios o quanto antes pra tentar reverter essa situação (Francisco, 32 anos, Homossexual, Negro e Soropositivo).

Inicialmente eu fiquei muito muito muito muito mal mesmo assim porque eu pensei como qualquer pessoa Ah minha vida acabou aqui que não sei o que. Só que não, graças a deus vivo muito bem (Pollyana, 28 anos, Mulher Trans Heterossexual, Negra e Soropositiva)

O impacto do diagnóstico positivo para o HIV é demonstrado pela literatura como um momento panicogênico e estressante. Durante este processo, é comum que o resgate das metáforas estejam presentes, pois não estão desconectadas do imaginário social e dos temores que a doença provocou e ainda provoca. “O conhecimento da soropositividade gera um “choque inicial”” (Carvalho, Braga e Galvão, 2004, p.52).

Ao discutir sobre estas questões, Carvalho, Braga e Galvão (2004, p. 52) reafirmam esta compreensão expondo que o paciente soropositivo pode apresentar “reações emocionais relativas à morte, à vergonha dentro da família e às respostas das pessoas de seu convívio familiar e social. Além disso, respostas teleológicas relacionadas com os costumes apareceram associadas ao surgimento da doença devido a hábitos censurados pela sociedade”.

Fora os sintomas do corpo, as pessoas soropositivas experimentaríamos também um sintoma social e psicológico capaz de desencadear um sentimento de exclusão social, de se sentirem excluídas da sociedade, por conta de uma estratificação social caracterizada pelo higienismo que acompanha a doença como aponta Sontag (2007). O que torna necessário ao

paciente receber diferentes tipos de apoio neste processo, particularmente o familiar e dos serviços públicos de saúde, o que leva a segunda perspectiva trazida nas práticas discursivas.

É possível perceber certo atravessamento do discurso médico na soropositividade relacionado a regulação dos corpos e cuidados em saúde que pode ser ilustrado pelos fragmentos a seguir:

Se minha mãe não tivesse comigo naquele momento eu acho que pra mim, por falta de conhecimento eu teria acabado com minha vida porque eu chorei bastante eu fiquei muito depressiva inicialmente é tanto que eu procurei pessoas procurei relatos para saber como é que era e depois de algum tempo trancada assim sem querer saber de nada eu resolvi que dava pra e vi resolvi e vi que dava pra viver normalmente, eu vivo como uma pessoa normal, eu sou atleta, eu vou pra festas, eu brinco, eu me divirto, tudo sempre me prevenindo mais ainda porque querendo ou não quando se adquire um novo vírus é bem mais complicado de tratar então eu faço uso de medicamento todos os dias, regular, não deixo de tomar. Isso aconteceu, eu descobri em 2016 (Pollyana, 28 anos, Mulher Trans Heterossexual, Negra e Soropositiva).

eu sabia que eu ia ter que ter uma alimentação mais saudável, deixar muitas coisas, não falo muitas, mas abrir mão de algumas coisas que pra qualquer pessoa seja normal tipo exagerar, deixar a imunidade ficar baixa, até uma simples gripe pode transformar em uma coisa bem maior então é sempre bom prevenir (Pollyana, 28 anos, Mulher Trans Heterossexual, Negra e Soropositiva).

Neste quesito, vemos em Valle (2010) e Lima et. al. (2015) importantes contribuições para compreender os processos culturais de grande alcance que recaem sobre as práticas clínicas e terapêuticas nas quais o autor afirma que “todos estes espaços sociais e institucionais estão normalmente conectados por uma rede de efeitos sociais e culturais nas vidas das pessoas” (Valle, 2010, p. 39).

Talvez seja por isso que Lima, Almeida e Vieira (2015) citando Ferreira Neto e Kind (2010) conclui que o programa brasileiro de saúde, ao modelar-se em uma lógica sanitária, teve como centralidade a determinação de estilos de vida. “A partir disso, já se pode pensar como esse panorama pode fazer circular discursos e propiciar as condições bem específicas para a formatação de certos processos de subjetivação cujo funcionamento biológico ideal parece ser sempre a meta a alcançar-se” (Lima et. al., 2015, p. 386).

A captura destes corpos pelos dispositivos do biopoder e da biomedicalização funcionam como sistema de reconfiguração para que novas formas de subjetivação sejam formatadas e organizadas nestes moldes sanitaristas como expõem Lima et. al. (2015).

O biopoder não fez diferente com a AIDS. A verdade parece ser algo sempre perseguido e vigiado. Essa verdade do sujeito da AIDS aparece, dentre outras formas, através de seus marcadores biológicos, como aqueles obtidos através de exames laboratoriais que descortinam a verdade sobre a biologia ideal, transfigurada na forma de saúde do indivíduo, que precisa estar atento e regular o próprio funcionamento do corpo (Lima et. al., 2015, p. 382).

6.2. Sobre Apoio Social

No que tange a importância de um Apoio Social enquanto prática de cuidado para a dinâmica da soropositividade, é possível perceber nas práticas discursivas dos interlocutores a dimensão da falta ou presença deste apoio enquanto pilar para o bem-estar e qualidade de vida frente ao diagnóstico:

Minhas lembranças foi quando eu contei, é, para uma colega e ela me deu, ela me estendeu a mão, coisa que eu não tive nem da minha mãe, nem da minha avó, nem dos meus próprios irmãos e ela me apoiou até hoje, ela ta me apoiando. (Benivaldo, 38 anos, Gay, Negro e Soropositivo).

O que eu gostaria de contar é que se um dia alguém souber da sua sorologia não abrir totalmente para sua família, é você, tentar analisar quem realmente gosta de você, família ou até mesmo amigos porque muitos diziam te amar hoje te deram as costas né. O meu caso foi isso. Eu, hoje eu sofro porque eu tinha um amigo, eu considero como um amigo ainda, só que quando ele descobriu, ele jurou que estaria sempre ali para me apoiar, para me dar a mão e o que aconteceu foi ao contrário né, ele sumiu, não procura saber como, a minha vivencia, se eu to bem, se eu to mal, se eu to fazendo o tratamento como ele mesmo falou que ia sempre ta ali pronto pra me apoiar em tudo (Benivaldo, 38 anos, Gay, Negro e Soropositivo).

Ah sim, eu tinha essa minha amiga, eu tinha uma outra amiga também que as duas eram da faculdade né, estudávamos na mesma faculdade, aí me deram assim um apoio divino, maravilhoso, mas também eu tinha a minha psicoterapia, lá eu pude desabafar muito na minha psicoterapia, e religioso nem tanto, porque eu já tava afastado né. Sou espírita e tava bem afastado (Rafael, 36 anos, Pansexual, Asiático e Soropositivo).

Sim, busquei na minha família né, o apoio da minha família porque como eu pensava que ia morrer no mês seguinte então eu quis preparar todo mundo pra minha morte e busquei apoio psicológico no próprio estabelecimento, no SAE. Minha família me apoiou muito, assim me deu um suporte legal até eu recobrar as forças né e no apoio

psicológico foi bastante produtivo né, foi produtivo porque eu pude perceber o quanto eu era preconceituoso comigo mesmo, quanto eu me deteriorava, eu não sabia que eu tava me autodestruindo (Francisco, 32 anos, Homossexual, Negro e Soropositivo).

o maior apoio que eu poderia ter eu acho que foi o da minha mãe sabe, eu e minha mãe sempre temos, fomos muito amigas, independente de qualquer coisa, antes de ser mãe e filha a gente éramos amigas sempre pude contar com ela pra qualquer coisa do mesmo jeito que ela pode contar comigo pra qualquer coisa e ela foi, disse muita força assim, ela foi o, como continua sendo o meu alicerce, durante tudo ela falou não, a gente vai dar a voltar por cima, calma, não se preocupe, isso (Pollyana, 28 anos, Mulher Trans Heterossexual, Negra e Soropositiva).

Mediante esta situação, os SAE's oferecem acompanhamento psicológico ao recebedor do diagnóstico de HIV positivo proporcionando atendimentos e acolhimento com equipe multiprofissional. Acompanhamento médico, enfermeiro, farmacêutico e assistente social como já elencado (Silva, 2007).

Ao discutir sobre o enfrentamento frente às IST's, HIV/Aids, Carvalho (2007) relata a importância do apoio da equipe de acolhimento destacando a resiliência como recurso para despertar novas atitudes positivas frente a vida, ao diagnóstico.

Este conceito foi constituído há pouco mais de 30 anos e tem sido uma área de interesse e pesquisa na psicologia. Em relação ao HIV e a Aids, a resiliência está interligada a um conjunto de fatores que promovem o desenvolvimento psicológico sadio, que fortalece e constrói técnicas de enfrentamento, encoraja a pessoa soropositiva para desenvolver estratégias preventivas e de minimização de sofrimentos provocados pelos atravessamentos da doença.

De acordo com Junqueira e Deslandes (2003, p. 233) este conceito pode ser entendido como uma “reafirmação da capacidade humana de superar adversidades e situações potencialmente traumáticas”, portanto não pode ser entendida enquanto uma característica estática, mas processual, ou seja, não é ativada para toda e qualquer situação, nem a todo momento.

Seidl (2005) percebe uma mudança nos enfoques dos estudos que abordam as formas de enfrentamento das pessoas soropositivas frente a doença em dois períodos. O primeiro relacionado ao período letal da doença e o segundo com o advento da terapia antirretroviral

No primeiro momento, a autora traz o estudo de Leserman, Perkins e Evans (1992) para ilustrar que era comum que a “busca de apoio social, espírito de luta – estratégias focalizadas no problema – estariam associadas a afeto positivo e autoestima; por outro lado, negação e desamparo estariam relacionadas à ansiedade e baixa autoestima” (Seidl, 2005, p. 422).

Já no segundo momento, a autora ilustra a partir do estudo de Dunbar, Mueller, Medina e Wolf (1998), que o foco estava na afirmação da vida, na criação de significados, autoafirmação e redefinição de relacionamentos.

A afirmação da vida referiu-se ao momento – superada a ideia da inevitabilidade da morte – caracterizado pelo surgimento de esperança e de vontade de viver. A criação de significado reportou-se à descoberta de um novo sentido para a vida, como a busca de propósitos e a retomada de projetos pessoais (Seidl, 2005, p. 422).

Contudo, a sensação de impotência e de não enfrentamento associado ao mal-estar da pessoa frente ao diagnóstico recente deve-se ao fato de a vivência da soropositividade vir acompanhada, na maioria das vezes, de aspectos sociais negativos relativos a preconceitos, educacionais, psicológicos e aspectos clínicos quanto as alterações que a doença ou os medicamentos provocam no organismo (Faria & Seidl, 2006).

As bases da resiliência são tanto constitucionais quanto ambientais, não havendo, por conseguinte, uma quantidade fixa, mas, sim, que varia de acordo com as circunstâncias, bem como de enfrentamentos focalizados na emoção e enfrentamentos focalizados no problema. Portanto, mais do que uma característica da pessoa, uma capacidade inata ou herdada por alguns "privilegiados", ela faz parte da interação dinâmica existente entre as características individuais e a complexidade do contexto social (Hutz, Koller & Bandeira, 1996; Yunes &

Szymansky, 2001; Yunes, 2003; Junqueira & Deslandes, 2003; Cecconello, 2003; Faria & Seidl, 2006).

6.3. Sobre Preconceito e Discriminação

Em relação a dinâmica de preconceito e discriminação considerando a sorologia positiva para o HIV, os interlocutores destacam ainda, mesmo que de forma incongruente, aspectos individuais (auto aceitação) e sociais (aceitação do outro) como pode ser observado nos seguintes trechos:

Porque ser gay já é um dilema na vida do ser humano, ainda mais com essa doença, é um tiro na própria cabeça (Benivaldo, 38 anos, negro e soropositivo).

Eu sabia de todos os estigmas e tudo mais. O meu maior medo eram os estigmas. Meu maior medo, não era nem assim, saber de alguma doença, alguma coisa assim etc. Mas do estigma mesmo.

Houveram, várias, várias, várias, várias. Várias pessoas se afastaram de mim. É, e a maioria eram aquelas pessoas que saíam comigo a noite e tudo mais. Então, aí eu vi assim que eu não tinha amigos mesmos

Há, há, preconceito não é tão grande quanto talvez era antigamente, mas fica mais naquele preconceito velado sabe? De ter receio de tocar as pessoas, de se relacionar com as pessoas, isso é, tem bastante ainda.

Vish maria, acho que eu nunca tive esta experiência, acho que eu nunca tive esta experiência, mas não, tive, tive, tive uma vez que uma pessoa que eu achava que era meu amigo e tals e acabou rindo, ele riu de mim, da minha cara (Rafael, 36 anos, Pansexual, Asiático e Soropositivo).

Passei com um amigo meu, ele foi fazer o exame comigo, ele tava no mesmo consultório, ele viu quando eu recebi o resultado, ele viu meu desespero e no outro dia, nos outros dias seguinte ele começou a fazer piada no grupo que nós participávamos, no grupo de amigos, começou a fazer piada que eu agora não ia sair mais de casa, que agora eu não ia fazer muita coisa pra não ficar doente que não sei o que, coisas desse tipo, aí foi quando eu vi que não era amigo, quinze anos de amizade ali. Então os quinze anos de amizade pra mim foi no tema da falsidade, na hora que eu precisei de um amigo, ele não soube ser amigo então larguei. (Francisco, 32 anos, Homossexual, Negro e Soropositivo).

Olha, se é preconceito ou não, juro a você eu to querendo viver. Se o que vai pensar de mim, vão me rejeitar, pouco to me importando, o importante pra mim é que eu to vivendo, que eu tenho uma qualidade de vida melhor, todos os meus parceiros que eu tive relações, inclusive sorointerrogativos, todos são maravilhosos e sabiam né e eu não tenho problema nenhum em contar, se alguém não for ficar comigo, não vai ser pela minha sorologia, mas porque não me merece. Porque o que diz de respeito a mim, é o meu caráter, é meu caráter não o vírus que corre dentro do meu sangue,

então a pessoa tem que me aceitar como eu sou, não o que corre nas minhas veias (Jacqueline Brazil, 53 anos, Travesti, Negra e Soropositiva).

E: Você já passou por alguma situação de preconceito ou discriminação em relação a isso?

P: Não, graças a deus não, eu sou bem, eu dou graças a deus todos os dias a deus por nunca ter passado por isso porque eu acho que por isso eu sou essa pessoa tão bem resolvida na minha porque eu acho que eu nunca sofri e como eu sou eu gosto muito de conhecimento eu acabo que tendo interação com uma pessoa mais fácil do que qualquer outra pessoa.

E: Mas você já percebeu isso com outras meninas? Essas situações de preconceito? Serem discriminadas?

P: Olha eu já vi meninas tendo preconceitos com elas próprias sabe inclusive tem uma que ela não ta mais aqui, ela ta no rio de janeiro agora só que ela era do município, ela era de santa cruz e disse que ela não ia mais lá pegar o remédio, abandonou e tudo, veio pra cá em Natal, comecei a dar uma ajuda pra ela, comecei a perguntar como que tava indo, isso e aquilo e ela falava, ta eu to indo e direitinho tudo e tals e eu por questão de curiosidade eu fui me informar e como eu levei ela até o, eu levei, eles mesmo disseram abertamente que ela simplesmente tinha abandonado de novo o tratamento porque ela e ela eles ligavam pra ela e ela dizia não não quero, eu não vou, eu não quero isso, vai eu to com uma pessoa e uma pessoa vê isso, eu acho que isso é um preconceito com sua própria, com você mesmo né, com sua própria vivencia né. Faz parte de você não tem como você disser ai vou tirar e vou ali, ta com você agora e pro resto da sua vida então não adianta, eu não sei hoje como que está essa menina, eu tento entrar em contato com ela mas eu não consigo mais, espero que ela tenha tomado juízo porque eu dei muito conselho, eu literalmente peguei na mão e disse vamos lá, é assim, é assim que se faz, e outra coisa é uma questão tão, é inteligência, se você vê uma pessoa sua que está no mesmo canto do tratamento desse, essa pessoa está na mesma coisa de saúde sua então não é pra deixar de falar, isso e tals, pelo contrário, dar as mãos e se ajudar uma as outras sabe. Foi isso que falei pra ela mas mesmo assim ela não quis continuar o tratamento infelizmente. (Pollyana, 28 anos, Mulher Trans Heterossexual, Negra e Soropositiva).

A violência verbal e simbólica foi a mais relatada como pode ser percebido ao qual Bourdieu (2001, 2003, 2007) já nos alertava sobre o exercício deste tipo de violência. Esta forma de violência envolve um interesse particular, pois não se refere a uma manifestação evidente de dano ou ameaça contra um assunto específico, mas a uma complexa ordem simbólica e cultural de dominação que sustenta e reproduz outras formas mais diretas de violência.

Na dinâmica da soropositividade, age em conjunto com o estigma do HIV em que evoca diferentes significados e significações, imagens pré-concebidas, (re)constrói diferenças,

hierarquias, legitimam estruturas de desigualdades sociais e depreciam relações (Garcia & Koyama, 2008).

Além disso, foi possível observar neste quesito que o fator da discriminação influencia o sigilo sorológico, o ato de contar sua sorologia para outrem como observado nos seguintes trechos:

Há, hoje em dia há, há sim, até dentro da nossa própria família há preconceito. Tive um caso com um irmão que ele disse que eu tava perto de morrer (risos), essas ideias, todos nós estamos, só basta ta vivo né. Mas é difícil, é difícil você conviver com essa realidade pessoal e essa realidade social, até porque quando a gente chega no estabelecimento, no SAE, a gente encontra bastante rostos conhecidos né, então isso já é algo a se pensar né. Até onde a minha sorologia pode ser vista? Algo que não tem domínio sobre isso, cedo ou mais tarde, por mais que você esconda vão descobrir. (Francisco, 32 anos, Homossexual, Negro e Soropositivo).

Eu conto para pessoas que eu me relaciono por incrível que pareça. Eu sou muito danada nessa questão, eu falo, eu explico, que querendo ou não se acontecer um deslize de a gente não se prevenir algum dia essa pessoa não se preocupe não vai contar em nada porque eu sou indetectável e eu acho que antes de qualquer coisa em relação quando se trata de namoro a gente precisa ter confiança na pessoa e quando jogo aberto com essa pessoa graças a deus só teve uma reação negativa que foi de uma pessoa que eu acho que não era nem pra ter contado porque não era a pessoa que eu queria realmente namorar, a gente mal ia realmente namorar mesmo era apenas um ficante mas eu me iludi muito e acabei contando pensando que ia além mas nada de agressividade não

E: Foi uma reação negativa, como que ele reagiu?

P: Ele falou que não se relacionaria com uma pessoa, não falei diretamente que era eu, eu perguntei primeiro, ele falou que não se relacionaria porque queria um futuro, que queria ter filhos e tudo, mas eu acho que essa pessoa não conhece, não sabe que hoje em dia já pode ter filhos, já pode, tem todo um tratamento. Enfim, uma pessoa que não sabe como tratar, na verdade (Pollyana, 28 anos, Mulher Trans Heterossexual, Negra e Soropositiva).

Neste sentido, parece que pela doença ser construída sobre a doença do outro como já elencado – é uma enfermidade do outro e que não está presente na vida das pessoas (Gouveia, 2013) – há sempre esta representação dialética do contar ou não contar o diagnóstico de HIV, tanto na parceria amorosa, quanto no recebimento da primeira notícia da infecção pelo vírus, sobretudo por envolver aspectos morais e conservadores das relações humanas (sexo, religião e preconceito) como discutido nos capítulos anteriores.

Recordemos com Foucault (1988) que a confissão – o limite entre a singularidade, a afirmação de si, o assujeitamento e a submissão ao outro – está intimamente ligada as formas de relação de poder das sociedades atravessadas pelo ocidentalismo.

Para o autor, desde a Idade Média, a confissão é um dos rituais mais importantes e utilizados para a extração da “verdade dos sujeitos”. Nesta perspectiva, Rago (2011b, p. 5) argumenta que diante dessa espécie de relato confessional “busca-se atingir a purificação do eu, desnudado em sua verdade mais profunda diante do olhar de um outro, considerado acima e superior”.

Se formos ao dicionário Aurélio da Língua Portuguesa (2001), perceberemos que os termos ‘confissão’ e ‘revelação’ apresentam vários significados, porém, em sua maioria das vezes, são acompanhados por um amplo sentido religioso:

Confissão s.f. **1.** Ato ou efeito de confessar(-se). **2.** Cada uma das seitas cristãs. **3.** *Rel.* Penitência (3). [PL.: -sões.]

Revelação s.f. **1.** Ato ou efeito de revelar(-se). **2.** *Rel.* Entre os cristãos, ação divina que comunica aos homens os desígnios de Deus e a verdade que estes envolvem. **3.** Descoberta reveladora dum fato ou duma pessoa. **4.** Fato ou pessoa assim revelados [PL.: -ções.]

Portanto, pautando, a esta concepção de relação de si consigo mesmo, cujas origens remontam ao cristianismo, Foucault opõe a “escrita de si” dos antigos gregos e romanos. Esta aparece como uma das tarefas constitutivas das “estéticas da existência”, isto é, como uma das tecnologias pelas quais a pessoa se elabora e constitui a própria subjetividade nos marcos de uma atividade que é essencialmente ética, experimentada como prática da liberdade e não como sujeição (Foucault, 1984, 1985, 1994a).

Nestes relatos biográficos, atentamos para a relação escancarada nas práticas discursivas entre o HIV e o segredo, o sigilo, muitas vezes guardado somente para si, ao longo da vida.

O termo revelação, que apresenta tal conotação em seus significados, aparenta ser um melhor representativo desta questão, figurando um sentido mais próximo a isso. Além disso, esse termo diz da informação de um atributo antes desconhecido e é exatamente este atributo relacionado ao HIV que é sigiloso e silenciado pelo sujeito.

Posto isso, adentremos no campo da revelação do diagnóstico de HIV propriamente dita. Tal revelação do diagnóstico, entre os indivíduos aqui mencionados, é realizada quando estes, em posse das informações e significações do HIV, se percebem submersos em uma necessidade imposta por eles mesmo, pela equipe de saúde que lhe assistem ou pela sociedade, de se revelarem a outras pessoas, inclusive àqueles com quem se relacionam afetivamente, seja como forma de prevenção do estigma social e da produção de sentimentos de culpa ou vergonha, ou até mesmo como forma de aceitação. Ou ainda como uma contribuição como fizeram para a presente pesquisa superando as barreiras do sigilo sorológico.

Entretanto, cabe mencionar que esta necessidade imposta é inversamente desproporcional quando do diagnóstico soronegativo, ou seja, a vontade de verdade recai aqui certo descrédito.

Enfim, em posse da notícia de seu diagnóstico de HIV, a pessoa traz uma nova questão para sua vida: a revelação para outras pessoas. Percebemos que é comum o indivíduo ter uma postura de omitir seu diagnóstico de HIV e seu tratamento, assim como já foram omitidos dele, como forma de se proteger externamente de preconceitos, julgamentos e discriminações, ao passo que o revés também é verdadeiro.

6.4. Sobre Aspectos Políticos, Tratamento e SAE

Em relação ao conhecimento do tratamento para o HIV, medicamentos e o serviço de saúde, é interessante perceber a presença do discurso do contexto da grande epidemia quando não existia tratamento específico sendo uma grande quantidade de remédios popularmente

conhecidos de coquetel que atravessam as práticas discursivas dos interlocutores, além de uma participante citar o terrível AZT que em sua época provou um grande mal-estar como demonstrado no filme *Clube de Compras Dallas* já citado (Vallée, 2014).

Não, porque na minha época não tinha tratamento né, era só o AZT, aquela praga que né, ou você morria de Aids ou você morria de outra coisa né e eu não tive conhecimento assim, mas assim que que que eu já descobri eu já entrei nos antirretrovirais. Já entrei logo.

A: Como que foi pra você tomar o primeiro comprimido? Teve muitos efeitos colaterais?

B: A minha sorte. Teve teve, pra minha surpresa não teve, assim, eu não lembro muito porque assim, eu tive a sorte, por mais que a marinha ela tenha sido cruel comigo, mas foi a marinha que me possibilitou a ter o contato direto com essas medicações. A marinha me acolheu muito né, ela me cuidou. Ela me dispensou, mas depois me cuidou. Então eu fui, eu tive privilégio, eu tenho privilégio de ter todas as medicações, medicamentos, garantida, não só pela rede SUS agora né mas também eu quando na época que não tinha o SUS, era a marinha mesmo, eu bancava, a marinha mesmo bancava os meus medicamentos, eu tive um período de dois anos que a marinha bancava os meus medicamentos, não era gratuito, então eu tive o privilégio de conhecer o medicamento logo cedo.

A: Aí quando você começou a tomar quais eram as reações que eles davam em você?

B: Ah, náuseas, dor de cabeça, mal-estar, vômito, é eu sempre tive e acontece até hoje isso quando você troca a medicação (Jacqueline Brazil, 53 anos, Travesti, Negra e Soropositiva).

Posicionamentos em forma de controle social do serviço avaliando a política de HIV/Aids, os efeitos colaterais dos medicamentos e manutenção do tratamento etc. foram extremamente significativos para compreender a relação da importância que estes possuem para suas vidas:

Quando eu ouvia falar em coquetel, eu pensava que era tipo uma vitamina que eles faziam e era uma vez no mês e eu pensava isso. Até que quando eu comecei o tratamento foi de comprimidos né, que era diariamente e foi um deus nos acuda (Risos) (Benivaldo, 38 anos, Gay, Negro e Soropositivo).

Eu pensei que tinha que tomar mil e um remédios essas coisas porém a adesão foi bem tranquila graças a deus, passa por muitas, é muito, uma mesa de pingue pongue né, você vai tem que ir pra um canto pra fazer uns exames dai tem que ir pra outro pra fazer outros exames, pra isso e aquilo mas nada, como tudo na vida hoje existe um pouco de burocracia né e uma boa, maravilhoso, eu tomo o 3 em 1, é uma pílula a noite antes de dormir e é tranquilo pra mim (Pollyana, 28 anos, Mulher Trans Heterossexual, Negra e Soropositiva).

De início os medicamentos sempre estavam ali para todo o momento só que muitos colegas começaram quando foram pegar, começou a faltar e as vezes tinha estocado que pessoas lá de dentro mesmo chegava e dizia. Só que eles diziam que o medicamento não tavam chegando até lá e isso foi até para televisão para ver o que, o que estava acontecendo, até que hoje, não vou dizer que está 10%, 100%, mas melhorou um pouco (Benivaldo, 38 anos, Gay, Negro e Soropositivo).

E aí eu fui atrás do tratamento e tals, e aí me informei mais sobre o tratamento, aí eu aprendi bastante também porque as médicas que me atenderam elas foram muito muito legais, pra que que servia cada coisa, pra que servia cada medicamento e tudo mais.

Isso, lá em Campo Grande, foi no Hospital Universitário né. Lá no HU.

Foi horrível (risos). Foi horrível. Meu deus do céu. Eu tive várias, vários efeitos colaterais da medicação. Eu foi tudo de uma vez, tudo na primeira semana. Eu tive vomito, eu tive tontura, eu tive. Nossa. Horrível, horrível, horrível, horrível, horrível. (risos). Até pensei assim, vou parar de tomar, isso ta me fazendo muito mal, mas depois de uma semana parou, foi amenizando assim aos poucos né (Rafael, 36 anos, Pansexual, Asiático e Soropositivo).

Antes de saber do meu tratamento, antes de saber que eu era soropositivo eu tinha noção que era muitos medicamentos que tinha que tomar, que mexia o corpo e esse medicamento ele em si já trazia outras doenças, provocava câncer, as vezes por ser medicamentos muito pesados pro organizamos, mas depois que eu comecei o tratamento eu vi que era simples né, um comprimido, mas por mais que esse comprimido, ele me deixava louca por causa da substancia, me deixou louca por uns tempo, alguns tempos, mas assim hoje com a nova medicação do dolutegravir e o tenofovir e o lamivudina que eu tomo, o dois em um, eu me sinto mais tranquilo, eu não sinto efeito, então assim, eu acho o tratamento muito tranquilo, muito tranquilo e fácil de ser seguido porque você toma os dois ali naquela hora e só vai tomar depois no outro dia, depois vai virando hábito, rotina, as vezes você toma sem sentir que ta tomando (risos) (Francisco, 32 anos, Homossexual, Negro e Soropositivo).

Eu tive muitas reações, eu tive muita insônia e também muito pesadelo inicialmente e me deu muito enjojo, fiquei com muita ânsia de vomito não era qualquer coisa que eu conseguia comer inicialmente eu até optei por usar assim alguns líquidos e mais leves, mas tinha muita coisa que eu não conseguia comer, hoje graças a deus meu paladar é perfeito eu como de tudo sabe mas incialmente foi bem conturbado a questão da alimentação (Pollyana, 28 anos, Mulher Trans Heterossexual, Negra e Soropositiva).

Só acho que a questão de marcar consultas que é um pouco complicado sabe, deveria ter mais, uma assistência maior e agora eu fiquei sabendo que cada vez mais complicado também porque querendo ou não o índice de pessoas adquirindo o vírus ta aumentando e o SAE querendo ou não se torna pequeno pra tanta gente e ainda vem gente de outros municípios e aí fica um pouco mais complicado

P: *Sempre foi assim lá?*

E: *Não, no início eu tinha uma dor na unha eu ligava pra lá eles me atendia sabe, hoje já, eu já tenho consulta uma vez por ano, pra falar verdade são duas porque tem o retorno dos exames que eu faço sabe, aí agora que eu faço realmente checape, antes não fazia e hoje eu faço realmente até porque eu faço uso de hormônios, eles passam os exames para mim fazer as taxas, pra saber se ta prejudicando em alguma coisa isso, eu só tenho a agradecer porque, aí que foi que eu descobri o que é que é ter qualidade de vida porque hoje em dia eu, todas as minhas taxas são super hiper mega normal eu acho que antes não era nem tão, se eu brincasse mais um pouquinho hoje eu estaria hipertensa, diabética todas as coisa que possa imaginar (Risos) (Pollyana, 28 anos, Mulher Trans Heterossexual, Negra e Soropositiva).*

Eu fiquei sabendo que inicialmente no Giselda tava tendo falta de medicamento né, teve um tempo que tava com falta de medicamento lá mas no SAE nunca aconteceu isso não

P: *Isso chegou a acontecer com você? Alguma vez você ficou sem medicação em algum momento?*

E: *Não, sempre que eu vou lá. Antes ainda era, por exemplo, a farmácia funcionava um dia de manhã um dia a tarde, um dia de manhã uma dia a tarde só na sexta feira que era o dia todo, aí eu acho que com a ouvidoria, eu fui uma das que fui na ouvidoria e disse que não estava sendo viável para mim porque de certa eu estava perdendo o curso, o trabalho ou alguma coisa eu não teria como eu ir nesses dias e hoje ta sendo o dia inteiro todos os dias. Segunda à sexta. (Pollyana, 28 anos, Mulher Trans Heterossexual, Negra e Soropositiva).*

Segundo Silva et al (2002), em meio à diversidade dos desafios trazidos pela epidemia do HIV/aids, a assistência à saúde dos indivíduos infectados constitui uma de suas facetas mais tensas e problemáticas da sociedade.

A complexidade e a variedade dos problemas suscitados pela doença exigem respostas por parte dos serviços de saúde que considerem não somente os aspectos clínicos, mas também os impactos sociais, psicológicos, políticos e econômicos associados aos estigmas e preconceitos que ainda a permeiam, posto que não exista uma cura para o vírus e o primeiro passo para um desmonte terapêutico pode gerar um genocídio e pânico social aos moldes da grande epidemia da Aids na década de 80.

Paralelamente, Kahhale (2010) aponta que os moldes de saúde e normalidade necessitam de uma consideração histórica, para que seja possível apresentar um leque infinito

de possibilidades capazes de contribuir no processo de formação da subjetividade e individualidade de cada pessoa.

Então, a partir disto, faz-se necessário entender a saúde como uma busca constante de equilíbrio da pessoa com o todo, em um tempo e espaço, produzida socialmente. Processo complexo no qual define a função integrada do organismo, expressando um corpo simbólico, somático e psíquico que forma uma unidade em que ambos são indissociáveis, mas com qualidades próprias sem reduzir-se um ao outro. (Kahhale, 2010).

Desta forma, a pessoa soropositiva vive simbólica e corporalmente esses processos conflitantes de saúde e doença incidindo numa exigência de se perceber e se constituir enquanto protagonista na direção da construção de seus projetos de vidas, tanto pessoais quanto coletivos, que anunciem qualidade de vida e que terminem, em si mesmos uma pluralidade e complexidade que necessitam ser consideradas diante dos fenômenos de saúde e doença. “Essa complexidade, ao ser considerada, abre portas para que se pense o sujeito na singularidade de seu processo”. (Kahhale, 2010, p. 24).

Apresenta-se esta perspectiva de saúde-doença no intuito de superar a dicotomia indivíduo e sociedade e romper com a visão de saúde estritamente individual tomando-a como um sistema processual complexo produzido concomitantemente no plano individual, político e social (Kahhale, 2010). “Entendemos que a saúde psicológica dos sujeitos está exatamente na possibilidade de enfrentar cotidianamente o mundo, de modo a interferir nele, construindo soluções para dificuldades e problemas que se apresentam” (Bock, 2001, p. 161).

6.5. Sobre a Construção de Si

Quando os interlocutores avaliam a transformação da experiência da soropositividade em suas vidas tanto no sentido fisiológico (pela influência dos antirretrovirais) quanto em um sentido mais subjetivo político e social, estes pontuam e avaliam que:

P: *Eu antes, eu era mais ativo, em várias questões de curtição, eu era muito baladeiro, eu era ativo nos trabalhos e após, depois que eu descobri eu fiquei muito, é, como posso dizer, cansado, as vezes sinto dores em partes do corpo que não me deixam mais dançar, não me deixam mais fazer certos tipos de esforço*

E: *Você acha que isso tem influência dos medicamentos que você toma?*

P: *Eu creio que sim. (Benivaldo, 38 anos, Gay, Negro e Soropositivo).*

Ah eu era terrível, era terrível (risos). Principalmente, quando é, no linguajar dos asiáticos, definimos, eu era um banana (risos). Porque todas as questões de opressões e tudo mais, até nas questões LGBT eu não pensava direito né. Eu não pensava né, com tanta empatia como eu tenho hoje e eu sempre tive amigos trans, eu sempre tive, eu sempre me relacionei com pessoas trans né e aí porque me definiram como Pan também, e aí, mas assim, hoje eu vejo assim, quanta bosta eu já falei para os meus amigos, quantas coisas erradas eu fiz assim naquela época e que hoje eu jamais faria. Sim, o sofrimento né. Aquele baque de ser soropositivo, tira o sapatinho e bota o pé no chão. Foi sim, foi sim, é o que me mudou bastante.

Não, não muda nada, só que eu tenho que tomar remédio. Quando eu tomo sem ter comido nada eu sei os efeitos colaterais. Eu vou sentir ânsia de vômito, eu vou sentir, vou ficar mal, mas é só isso. Mas os hábitos mesmo no dia-a-dia, mudou nada (Rafael, 36 anos, Pansexual, Asiático e Soropositivo).

Antes fraco, antes eu era fraco, eu era uma pessoa muito, concordava com tudo, hoje não, sou uma pessoa mais consciente, uma pessoa mais crítica, até pelo fato de ser, de ocupar um lugar vulnerável na sociedade.

Mudou, mudou muito, hoje eu não consigo, hoje digamos que eu não consigo mais ter a mesma, o mesmo animo de antes sabe, de viver loucamente porque hoje eu me cuido mais, hoje eu, então sou mais consciente porque minha saúde depende de mim. Então hoje eu não farreo mais como eu farreava antes, muitas noites acordado, hoje eu não estudo mais pela madrugada como eu costumava fazer muitas madrugadas acordado, dormindo mal, me alimentando mal, hoje eu sou mais cauteloso em relação a isso, procuro estabelecer um horário para tudo, por mais que ainda eu dê uns escorregõezinhos mas é da vida (risos).

Senti mais modificação? Aspectos na minha vida? Senti modificações na minha vida pessoal, total, na minha forma de me relacionar com o outro, não só com relacionamento amoroso, mas como amigo, amizades mesmo né, pude ver amigos, pude ver amigos sem aspas e com letra maiúscula que ficaram ao meu lado todo tempo, estão ao meu lado e se preocupam comigo, perguntam como tá o tratamento né, eu tive um olhar mais minucioso a respeito disso, depois do HIV né, eu pude ver as pessoas que estavam ao meu lado que valiam a pena realmente que eu estivesse ao lado delas (Francisco, 32 anos, Homossexual, Negro e Soropositivo).

Juro a você que, olha, eu hoje eu sou mais consciente, eu acho que se eu tivesse tido o HIV bem no início, bem, bem antes mesmo, talvez é eu teria sido uma pessoa melhor ainda né, essa transformação de ser ou não ser me transformou muito, me fez ser hoje a Jacqueline que sou, se não fosse a Aids eu não seria a Jacqueline que sou hoje né, não seria esse ser humano, não teria as conquistas que eu conquistei então, na minha vida, ele fez muita diferença pra melhor, pra melhor. Tanto politicamente, como pessoal, como é, como ser humano, como ativista e acho que sem o HIV eu não seria eu (risos), não seria eu, eu não existiria.

Não, é como eu falei, mudou tudo, tudo, eu sou mais consciente, eu sou mais eu, eu sou mais Jacqueline, eu sou mais humana, eu aprendi a valorizar cada espaço que eu tenho, cada conquista que eu fiz, vish, eu mudei muito, mudei muito, pra melhor (Jacqueline Brazil, 53 anos, Travesti, Negra e Soropositiva).

Ah eu quero dizer que eu sou super feliz, eu sou apaixonada pela vida, super apaixonada pela vida, uma família incrível, eu tenho amigos incríveis, eu saio, eu brinco, eu danço, eu faço tudo como qualquer outra pessoa tem direito a fazer então aquele mesmo recado que eu tava dando antes, independente de qualquer coisa a vida é feita pra se viver. Então descobriu, vai lá faz o tratamento e vive normal, eu sou uma pessoa normal, normal. Eu tenho pessoas do meu lado que me amam, que eu sei disso e se uma pessoa te ama não é por causa de uma condição que ela vai deixar de te amar que eu acho que o amor é bem mais do que isso. Eu acho que, perai, desde o meio de 2016, é por aí até hoje que eu comecei a falar mais sobre o tema, ir mais para eventos que tenha a temática HIV/Aids e hepatites virais e outras doenças sexualmente transmissíveis que mudou bastante eu todo dia aprendo mais um pouco, agora a novidade é a Prep e a PEP né que ainda muita gente desconhece mas que pode salvar muitas vidas porque tem muita gente que abandona o tratamento por simples falta de conhecimento ou até mesmo por preconceito então eu aprendo mais, eu passo para as pessoas bem mais o que eu aprendi sabe eu acho que mudou de 2016, do meio de 2016 até hoje eu acho que eu evolui bastante (Pollyana, 28 anos, Mulher Trans Heterossexual, Negra e Soropositiva).

Notemos, nessa esteira, que os interlocutores partem da memória de *sidanização* para negá-la. Revelam a influência do “dispositivo da Aids” em sua ação de controle no tocante aos seus desejos, ao passo que para outros é isento este grau de pressão (Pelúcio & Miskolci, 2009).

Contudo, as resistências, como se sabe, existem em quaisquer relações de poder, “[...] possíveis, necessárias, improváveis, espontâneas, selvagens, solitárias, planejadas, arrastadas, violentas, irreconciliáveis, prontas ao compromisso, interessadas ou fadadas ao sacrifício.” (Foucault, 1988, p. 91).

Estas narrativas biográficas retomam a memória dos dispositivos e sua vontade de verdade, negando o sujeito da enunciação. Se há um governo biopolítico dos corpos, se há uma sujeição aos discursos e às práticas subjetivas no dispositivo crônico do HIV, é tarefa destes sujeitos ativos a criação de outros enunciados, outras vozes e repercussões.

O que está em jogo, é a produção dos perigos em que vivem as pessoas soropositivas. Da memória deteriorada (Sontag, 2007), ponto de partida deste terreno discursivo, a constante destes relatos é esta negativa, o empreendimento de recontar a vida em outros dispositivos.

Esse potencial de criação e reinvenção a partir dos regimes de verdade e dos dispositivos reaparecem em muitos trechos ainda que com algumas contradições. Assim é que, depois de narrarem suas trajetórias segundo a ordem do esquadramento, o conhecimento perigoso dá lugar a uma espécie de ética de si, cuja criação exige um deslocamento da memória discursiva – do dispositivo (crônico) da aids, das técnicas de confissão ou revelação e de extração da verdade.

Demonstram que é na normatividade e na constituição intersubjetiva que se dá o acontecimento de sua modificação. Ora, o enunciado da militância, no que tem de público e social, reaparece devidamente reescrito, como possibilidade de produção privada e vice-versa, numa militância por si – *“me dei força a mim mesma” “prometi a mim mesmo que eu não ia ficar pra trás, que eu ia alcançar medicação, eu ia alcançar uma qualidade de vida melhor, que eu podia fazer o diferencial, foi isso que na época eu coloquei na minha cabeça até, que eu faça o diferencial”* (Jacqueline Brazil, 53 anos, Travesti, Negra e Soropositiva). A reboque dessas resistências, aparece o desejo de viver e do cuidado de si.

O que aproxima esses enunciados é a ênfase no discurso do cuidado de si e do autogoverno. De formas distintas, notemos que estas pessoas desfazem a relação ontológica entre o vírus e o sujeito. Como epifenômeno em seus rastros biográficos, o HIV toma seu papel esmaecido e já não constitui o palco de suas vidas. O sujeito toma a frente e as rédeas de suas histórias colocando a doença nos bastidores. Agora é tempo do protagonismo do sujeito.

No caso de Benivaldo, torna-se um “*isso*” e no caso de Francisco “*eu tirei positividade disso né, eu não me coloquei no lugar negativo do HIV não*”, algo que sequer ganha existência referencial.

A importância é invertida e recai, como gostaria e almejava Daniel (1989), sobre uma política da vida. Certamente, ainda produzida segundo os limites da biomedicalização, porque estão em tratamento crônico, mas conduzida de uma história de “fracasso” para uma história de “sucesso” interpelada pelas dificuldades políticas sociais. Um aprendizado para a militância e coletividade humana!

7. Considerações (In)curáveis

*A Linguagem é o Verdadeiro Vírus:
Corpo é Texto!*

Ramon Nunes Mello (2018, p. 14)

Como traz Spink (2003), para a Psicologia Social, o passado se faz ativamente no presente por sua contribuição constante aos múltiplos sentidos do cotidiano. Assim, as pessoas falam de diferentes lugares, portanto, singulares e se constituem mutuamente (Haraway, 1995). É neste caminho que Benivaldo, Rafael, Francisco, Jacqueline Brazil e Pollyana se encontraram.

As produções de sentidos de cada um/uma vinham polissêmicas e singulares, mas que se aproximavam em alguma medida através de suas histórias que contavam também um pouco do percurso da dinâmica soropositiva, na constituição de si enquanto pessoas soropositivas e o que isso trazia para suas vidas, na resistência e aceitação desenvolvida para uma vida com mais saúde e qualidade de vida. Em serem atores protagonistas de suas próprias histórias.

Evidentemente, tecemos apenas uma parte de uma rica e imensa realidade. E no decorrer da pesquisa alguns problemas surgiram: não conseguimos, por exemplo, acessar o número de participantes previsto e muitas vezes passeávamos da concepção mais geral de linguagem à concepção propriamente construcionista (Wittgenstein, 1991; Berger & Luckmann, 1996).

Além disso, as dificuldades, burocracias e limitações do SAE/Natal atingiram diretamente o mapeamento dos participantes da pesquisa demandando novos esforços para se chegar a essa população.

No entanto, apesar dos percalços, comuns àqueles que se dedicam a seguir travessias e histórias de vida (os tempos da travessia como diria Guimarães Rosa a partir de Fernando Pessoa), essa aventura proporcionada pela metodologia proposta pela hermenêutica biográfica

articulada ao movimento construcionista social permitiu, ainda que tímida e inicialmente, seguir os rastros de protagonistas sem fracionar as suas vidas, sem fazer recortes isolados, pois tudo acontece em rede e está interligado, implicando e sofrendo implicações.

Ao chegar ao momento de refletir sobre o trabalho aqui empreendido, busquei compreender como estes atores produzem sentidos sobre a sua soropositividade e acredito certamente que ainda há muito a avançar para uma política da vida, para a construção de melhores respostas a doença e para outras histórias e realidades que sejam curáveis aos estigmas e discriminações relacionados ao vírus que se constituem como determinantes sociais de saúde e estão intimamente ligados aos agravos em saúde convocando novas, mais densas e eficazes investigações, projetos e ações neste campo sem vender tais histórias como superação ou romantizar a desigualdade social!

8. Referências

- Abia. (2018). Associação Brasileira Interdisciplinar e Aids. Por que o Brasil não pode aceitar retrocessos no tratamento do HIV. Recuperado em 13 de Janeiro, 2019, de <http://abi aids.org.br/por-que-o-brasil-nao-pode-aceitar-retrocessos-no-tratamento-do-hiv/32217>
- Abreu, C. F. (2006). *Pequenas epifanias*. Rio de Janeiro: Agir.
- Abreu, G. S. (2016). *O Segundo Armário: Diário de um Jovem Soropositivo*. Rio de Janeiro: Autografia
- Agamben, G. (2007). *Bartleby, escrita da potência*. Editora Assírio & Alvim: Lisboa.
- Almeida, D. (2017). "HIV não mata. O que mata é o preconceito", desabafa professor soropositivo. Recuperado em 09 de Abril, 2018, de <https://universa.uol.com.br/noticias/redacao/2017/12/01/hiv-nao-mata-o-que-mata-e-o-preconceito-desabafa-professor-soropositivo.htm>
- Amado, J. (2009). *Introdução à investigação qualitativa em educação*. Relatório para Provas de Agregação, Coimbra, Portugal.
- Aragaki, S. S., Lima, M. L. C., Pereira, C. C. Q. & Nascimento, V. L. V. do (2014). Entrevistas: negociando sentidos e coproduzindo versões de realidade. In M. J. P. Spink, J.I.M. Brigagão, V.L.V. Nascimento, M. P. Cordeiro (Orgs.). *A produção de informação na pesquisa social: Compartilhando ferramentas* (pp. 57-72). Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais.
- Araújo, R. (2015). *RN registra crescimento de Aids*. Recuperado em 06 de Setembro, 2017, de <http://www.tribunadonorte.com.br/noticia/rn-registra-crescimento-de-aids/331476>.
- Barbará, A., Sachetti, V. A. R. & Crepaldi, M. A. (2005). Contribuições das representações sociais ao estudo da aids. *Interação em Psicologia*, Curitiba. v. 9, n. 2, p. 331-339
- Bastos, F. I. (2006). *Aids na terceira década*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.
- Bavinton, B; Grinsztejn, B; Phanuphak, N.; Zablotska, I; Prestage, G.; Kelleher, A. et al. (2017). *HIV treatment prevents HIV transmission in male serodiscordant couples in Australia, Thailand and Brazil*. Recuperado em 15 de Agosto, 2017, de <http://programme.ias2017.org/Abstract/Abstract/5469>
- Bessa, M. S. (1997). *Histórias positivas: a literatura desconstruindo a AIDS*. Rio de Janeiro: Editora Record.
- Beresford, T. (2014). *97 anos de Chacrinha: As chacretes antes e depois*. Recuperado em 12 de Setembro, 2017, de <https://cinemagia.wordpress.com/2014/09/30/97-anos-de-chacrinha-as-chacretes-antes-e-depois/>
- Berger, P. L & Luckmann, T. (1996). *The Social Construction of Reality. A Treatise in the Sociology of Knowledge*. New York (EUA): Penguin Books.
- Biernacki, P. & Waldorf, D. (1981). Snowball Sampling: Problems and techniques of Chain Referral Sampling. *Sociological Methods & Research*, vol. nº 2, November. 141-163p

- Bock, A. M. B. (2001). *A prática profissional em Psicologia sócio-histórica*. In: Bock, A. M.; B.; Gonçalves, M. G. M.; Furtado, O. (Org.). *Psicologia Sócio-histórica: uma perspectiva crítica em Psicologia*. São Paulo: Cortez, p. 159-168.
- Bolívar, A. (2007). O esforço reflexivo de fazer da vida uma história. *Pátio*. Ano 11, n. 43, ago./out..
- Bolívar, A. (2012). Dimensiones epistemológicas e metodológicas de la investigación (auto) biográfica. In: Abrahão, M. H. M. B. & Passegi, M. C. (Orgs.). *Dimensões epistemológicas e metodológicas da pesquisa (auto) biográfica: Tomo I*. Natal: Edufrn; Porto Alegre: EDIPUCRS; Salvador: EDUNEB.
- Borges, R. E. A.; Silva, M. F. S. & Melo, L. P. (2017). “Mas não tive coragem de contar”: a revelação da condição sorológica na experiência amorosa de pessoas que vivem com HIV. *Saúde e Sociedade*, 26(3), 664-675. Recuperado em 29 de Março, 2018, de <https://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902017170311>
- Brasil. (1996). Lei Nº 9.313, de 13 de Novembro de 1996. (1996). *Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS. Brasília. 1996*. Recuperado em 15 de Agosto, 2017, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9313.htm
- Brasil. (2000). *Povos indígenas e a prevenção às dst, hiv e aids: manual de diretrizes técnicas*. Coordenação Nacional de DST e AIDS. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2002). Ministério da Saúde. *AIDS: etiologia, clínica, diagnóstico e tratamento*. Brasília: Unidade de assistência.
- Brasil. (2004a). Conselho Nacional De Combate À Discriminação. *Brasil sem homofobia: programa de combate à violência e à discriminação contra GLTB e de promoção da cidadania homossexual*. Brasília. Recuperado em 28 de Março, 2018, de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/brasil_sem_homofobia.pdf
- Brasil. (2004b). Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *12ª Conferência Nacional de Saúde: conferência Sergio Arouca: relatório final*: Brasília.
- Brasil. (2007). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. *Plano nacional de enfrentamento da epidemia de Aids e das DST entre gays HSH e travestis*. Brasília. Recuperado em 28 de Março, 2018, de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_enfrentamento_epidemia_aids_hsh.pdf
- Brasil. (2008a). Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *13ª Conferência Nacional de Saúde: relatório final*: Brasília.
- Brasil. (2008b). Ministério da Saúde. *Complexo Relacionado À Aids (Arc)*. Tesouro Eletrônico. Recuperado em 03 de Outubro, 2017, de <http://bvsmms2.saude.gov.br/cgi-bin/multites/mtwdk.exe?k=default&l=60&w=1545&n=1&s=5&t=2>
- Brasil. (2009). Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Ministério da Saúde. Campanha do Dia Mundial de Luta contra a Aids: Viver com aids é possível. Com o preconceito não – 2009. Recuperado em 15 de

Janeiro, 2019, de <http://www.aids.gov.br/pt-br/campanha/campanha-do-dia-mundial-de-luta-contr-aids-viver-com-aids-e-possivel-com-o-preconceito-nao>

- Brasil. (2012a). Conselho Nacional de Saúde. *Resolução n o 466, de 12 de dezembro de 2012*. Brasília, 2012. Recuperado em 15 de Agosto, 2017, de http://www.conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html
- Brasil. (2012b). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Política Brasileira de Enfrentamento da AIDS: Resultados, Avanços e Perspectiva*. Recuperado em 27 de Março, 2018, de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_brasileira_enfrentamento_aids_2012.pdf
- Brasil. (2013a). Ministério da Saúde. *Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais - LGBT*. Brasília. Recuperado em 28 de Março, 2018, de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf
- Brasil. (2013b). Portal Brasil. ONU afirma que Brasil é líder no combate à Aids. Recuperado em 15 de Agosto, 2017, de <http://www.brasil.gov.br/saude/2013/11/onu-afirma-que-brasil-e-lider-no-combate-a-aids>
- Brasil. (2014). Portal Saúde. *Aids. Como se pega o hiv?* Recuperado em 15 de Agosto, 2017, de <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/links-de-interesse/286-aids/9050-como-se-transmite-a-aids>
- Brasil. (2015a). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis*, 1. ed. 130 p.: Brasília: Editora do Ministério da saúde
- Brasil. (2015b). Governo do Brasil. *Saúde define protocolo que simplifica tratamento após exposição ao HIV*. Recuperado em 20 de Março, 2018, de <http://www.brasil.gov.br/saude/2015/07/saude-define-protocolo-que-simplifica-tratamento-apos-exposicao-ao-hiv>
- Brasil. (2015c). Câmara dos Deputados. Projeto de Lei 198/2015. Recuperado em 20 de Março, 2018, de <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=945940>
- Brasil. (2017a). Ministério da Saúde. *Boletim Epidemiológico HIV/AIDS 2017*. Recuperado em 22 de Março, 2017, de <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/boletim-epidemiologico-hivaids-2017>
- Brasil. (2017b). Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Ministério da Saúde. *O que fazemos*. Recuperado em 15 de Agosto, 2017, de <http://www.aids.gov.br/pt-br/o-departamento/o-que-fazemos>
- Brasil. (2017c). Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Ministério da Saúde. *Qual é a diferença entre a PrEP e PEP*. Recuperado em 20 de Março, 2018, de <http://www.aids.gov.br/pt-br/faq/qual-e-diferenca-entre-prep-e-pep>

- Brasil. (2017d). Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Ministério da Saúde. *Boletins Epidemiológicos – Linha do tempo*. Recuperado em 20 de Março, 2018, de <http://www.aids.gov.br/pt-br/centrais-de-conteudos/boletins-epidemiologicos-vertical>
- Brasil. (2018). Ministério da Saúde. *Boletim Epidemiológico HIV/AIDS 2018*. Recuperado em 06 de Dezembro, 2018, de <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletim-epidemiologico-hivaid-2018>
- Bourdieu, P. (2001) Sobre o poder simbólico. In: Bourdieu, Pierre. O Poder Simbólico. Trad. Fernando Tomaz. Rio de Janeiro: Bertrand, p.07-16.
- Bourdieu, P. (2003). *A Dominação Masculina*. Rio de Janeiro: Ed. Bertrand.
- Bourdieu, P. (2007). *Meditaciones pascalianas*. Trad. Sergio Miceli.. Rio de Janeiro: Bertrand
- Browne, K. (2005). Snowball sampling: using social networks to research non-heterosexual women. *Int. J. Social Research Methodology*, [s. l] v. 8, p. 47-60.
- Cairns, G. (2015). Pessoas com AIDS parecem menos propensas ao suicídio do que os “meramente” soropositivos. Recuperado em 27 de Setembro, 2017, de <https://soropositivo.org/2015/08/15/pessoas-com-aids-parecem-menos-propensas-ao-suicidio-do-que-os-meramente-soropositivos/>
- Camargo Jr., K. R. (1994). Aids e a Aids das Ciências. *História, Ciências e Saúde – Manguinhos*, I (1): 35-60 jul.-out.
- Canguilhem, G. (2002). *O normal e o patológico*. Tradução de Maria de Threza Redig de C. Barrocas e Luiz Octávio F. B. Leite. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Caparica, M. (2016). Pesquisa científica destrói mito do “paciente zero” do HIV. Recuperado em 18 de Abril, 2018, de <http://www.ladobi.com.br/2016/03/paciente-zero/>
- Carrara, S. & Moraes, C. (1985). “Um mal de folhetim”. *Comunicações do ISER*, v.4, n. 17, pp. 20-206.
- Carvalho, C. M. L., Braga, V. A. B. & Galvão, M. T. G. (2004) Aids e saúde mental: revisão bibliográfica. *DST – J Bras Doenças Sex Transm*;16(4):50-55
- Carvalho, F. T., Moraes, N. A., Koller, S. H., & Piccinini, C. A. (2007). Fatores de proteção relacionados à promoção de resiliência em pessoas que vivem com HIV/AIDS. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(9), 2023-2033. Recuperado em 16 de Janeiro, 2019, de <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000900011>
- Castro-Silva, C. R., Hewitt, W. E., & Cavichioli, S. (2007). Igualdades e dessimetrias: a participação política em ONGs HIV/AIDS do Canadá e do Brasil. *Psicologia & Sociedade*, 19(2), 79-88
- Cecconello, A. M. (2003). *Resiliência e vulnerabilidade em famílias em situação de risco* (Tese de Doutorado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2003).
- Cocchi, F.; DeVico, A. L.; Garzino-Demo, A.; Arya, S. K.; Gallo, R. C. & Lusso, P. (1995). “Identification of RANTES, MIP-1alpha, and MIP-1beta as the Major HIV-Suppressive

Factors Produced by CD8+ T Cells.” *Science* 270, no. 5243 (December 15, 1995): 1811-1815. Recuperado em 29 de Março, 2018, de <https://dx.doi.org/10.1126/science.270.5243.1811>

Collucci, C. (2017). *Falar em cura para Aids é criar uma cortina de fumaça, diz antropólogo*. Recuperado em 09 de Setembro, 2017, de <http://m.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2017/09/1916496-falar-em-cura-para-aids-e-criar-cortina-de-fumaca-diz-antropologo.shtml>

Confissão. (2001). *Miniaurélio Século XXI Escolar. O minidicionário da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

Crenshaw, K. W. (1991). *Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence Against Women of Color*. *Stanford Law Review* 43(6), p.1241–99.

Daniel, H. (1989). *Vida Antes da Morte*. Rio de Janeiro: ABIA.

Daniel, H. (1991). *Anotações a margem do viver com AIDS*. São Paulo: Hucitec.

Daniel, H. & Parker, R. (1991). *AIDS: a terceira epidemia*. São Paulo: Iglu Editora.

Davis, A. (1981). *Women, Race and Class*. Nova Iorque: Random House

Davis, A. (2017). *Mulheres, Cultura e Política*. Boitempo: São Paulo.

Decreto Nº 8.901, de 10 de Novembro de 2016. (2016). *Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde, remaneja cargos em comissão e funções gratificadas e substitui cargos em comissão do Grupo Direção e Assessoramento Superiores - DAS por Funções Comissionadas do Poder Executivo - FCPE*. Brasília. 2016. Recuperado em 15 de Agosto, 2017, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/decreto/D8901.htm

Delory-Momberger, C. (2012). Abordagens Metodológicas na pesquisa biográfica. *Revista Brasileira de Educação* v. 17 n. 51 set.-dez. Recuperado em 15 de Agosto, 2017 de <http://www.scielo.br/pdf/rbedu/v17n51/02.pdf>

Ecco, C. (2013). *Religião e soropositivos para o HIV/AIDS: Preconceitos sobre doença e sexualidade*. (Tese de Doutorado, Pontifícia Universidade Católica de Goiás, 2013).

Estrêla, G. (2017). *A cura não é a solução para o HIV*. Recuperado em 28 de Março, 2018, de https://www.huffpostbrasil.com/gabriel-estrela/a-cura-nao-e-a-solucao-para-o-hiv_a_23294095/

Facchini, R. (2009). Entre compassos e descompassos: um olhar para o “campo” e para a “arena” do movimento LGBT brasileiro. *Revista Bagoas*, n. 04. Natal: UFRN.

Faria, J. B. & Seidl, E. M. F. (2006). Religiosidade, enfrentamento e bem-estar subjetivo em pessoas vivendo com HIV/aids. *Psicologia em Estudo*, Maringá, vol. 11, núm. 1, enero-abril, 2006, pp. 155-164. Recuperado em 16 de Janeiro, 2019, de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=287122090018>

Faugier, J. & Sargeant, M. (1997). Sampling hard to reach populations. *Journal of Advanced Nursing*, 26 p. 790-797

- Foucault, M. (1979). *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal
- Foucault, M. (1988). *História da Sexualidade I: a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Edições Graal.
- Foucault, M. (1984). *História da sexualidade II: o uso dos prazeres*. Rio de Janeiro: Graal
- Foucault, M. (1985). *História da sexualidade III: o cuidado de si*. Rio de Janeiro: Graal
- Foucault, M. (1994) L'écriture de soi. In: Foucault, M. *Dits et écrits*. Paris: Gallimard
- Franca, L. (2014). *HIV e ebola: capítulos do racismo institucional no mundo*. Recuperado em 21 de Março, 2018, de <http://operamundi.uol.com.br/conteudo/opiniao/38234/hiv+e+ebola+capitulos+do+racismo+institucional+no+mundo.shtml>.
- Fry, P. H.; Monteiro, S.; Maio, M. C.; Bastos, F. I. & Santos, R. V. (2007). AIDS tem cor ou raça? Interpretação de dados e formulação de políticas de saúde no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23(3):497-523. Recuperado em 29 de Março, 2018, de <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000300002>
- Gallo, R. C.; Salahuddin, S. Z.; Popovic, M.; Shearer, G. M.; Kaplan, M.; Haynes, B. F. et al. (1984). "Frequent detection and isolation of cytopathic retroviruses (HTLV-III) from patients with AIDS and at risk for AIDS." *Science* 224, no. 4648 (May 4, 1984): 500-503. Recuperado em 29 de Março, 2018, de <https://dx.doi.org/10.1126/science.6200936>.
- Gallo, R. C. (2002). "HISTORICAL ESSAY: The Early Years of HIV/AIDS." *Science* 298, no. 5599 (November 29, 2002): 1728-1730. Recuperado em 29 de Março, 2018, de <https://dx.doi.org/10.1126/science.1078050>.
- Galindo, D. Cazeiro, F, Serra, A. G. & Souza, L. L. (2017). Lgbts E Gênero Banidos? Notas Genealógicas Sobre Projetos De Lei No Brasil. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 22, n. 2, p. 253-265, abr./jun. Recuperado em 15 de Agosto, 2017, de <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/PsicolEstud/article/view/33506>
- Galvão, J. (2000). *AIDS no Brasil: A agenda de construção de uma epidemia*. São Paulo: Editora 34.
- Galvão, J. (2002). *1980-2001: uma cronologia da epidemia de HIV/AIDS no Brasil e no mundo*. Rio de Janeiro: ABIA. Recuperado em 12 de Setembro, 2017, de http://www.abiaids.org.br/_img/media/colecao%20politicass%20publicas%20N2.pdf
- Garcia, S. & Koyama, M. A. H. (2008). Estigma, discriminação e HIV/Aids no contexto brasileiro, 1998 e 2005. *Revista de Saúde Pública*, 42(Suppl. 1), 72-83.
- Gergen, K. J. (2009). Movimento do Construcionismo Social na Psicologia Moderna. R. Inter. Interdisc. *INTERthesis*, Florianópolis, v.6, n.1, p. 299-325, jan./jul.
- Gilman, S. L. (1991). *Disease and Representation – images of illness from madness to aids*. Ithaca and Londres: Cornell University Press. p. 245-272.
- GIV. (1997). Grupo de Incentivo à Vida. *Não para a palavra "Aidético"*. Recuperado em 15 de Agosto, 2017, de <http://giv.org.br/Ativismo-GIV/N%C3%A3o-%C3%A0-palavra-Aid%C3%A9tico/>

- Goffman, E. (2004) *Estigma – notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. 4 ed. 2004. Recuperado em 15 de Agosto, 2017, de https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/92113/mod_resource/content/1/Goffman%3B%20Estigma.pdf
- Goodman, L. A. (1961). Snowball Sampling. In: *Annals of Mathematical Statistics*, 32:148-170. Recuperado em 18 de Abril 2018, de https://projecteuclid.org/download/pdf_1/euclid.aoms/1177705148
- Gouveia, T. B. (2013). *Avaliação dos aspectos culturais, psicológicos e sociais que interferem no comportamento de risco de jovens homossexuais em relação ao HIV/AIDS*. (Dissertação de Mestrado, Universidade Católica de Santos, 2013).
- Grangeiro, A.; Silva, L. L.; Teixeira, P. R. (2009). Resposta à aids no Brasil: contribuições dos movimentos sociais e da reforma sanitária. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 26 (1), 87-94.
- Greco, D. B.. (2008). A epidemia da Aids: impacto social, científico, econômico e perspectivas. *Estudos Avançados*, 22(64), 73-94.
- Garonce, L. (2017). Brasil se aproxima de metas da ONU para controle de HIV até 2020. Recuperado em 20 de Abril 2018, de <https://g1.globo.com/bemestar/noticia/brasil-se-aproxima-de-metas-da-onu-para-controle-de-hiv-ate-2020.ghtml>
- Haraway, D. (1995). *Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial*. Cadernos Pagu, n. 5.
- Helman, C. G. (2009). *Cultura, saúde e doença*. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Herzlich, C & Pierret, J. (2005). Uma Doença no Espaço Público. A AIDS em Seis Jornais Franceses. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 15(Suplemento): 71-101.
- Hobbes, T. (1997). *Leviatã ou Matéria, Forma e Poder de um estado Eclesiástico e Civil*. São Paulo: Nova Cultural.
- Hooks, B. (1981). *Ain't I a Woman? Black women and feminism*. Cambridge, MA: South End.
- Hutz, C. S., Koller, S. H., Bandeira, D. R. (1996). Resiliência e vulnerabilidade em crianças em situação de risco. In: Koller, S. H. (1996). *Aplicações da psicologia na melhoria da qualidade de vida*. Porto Alegre: Associação Nacional de Pesquisa e Pós Graduação em Psicologia, p. 79-86. (Coletâneas da ANPEPP).
- Íñiguez-Rueda, L. (2011). *Análisis del discurso. Manual para las ciencias sociales*. Barcelona: Editorial UOC.
- Jacó-Vilela, A. M., Degani-Carneiro, F., & Oliveira, D. M. (2016). A formação da psicologia social como campo científico no Brasil. *Psicologia & Sociedade*, 28(3), 526-536.
- Jesus, J. G (2012). *Orientações sobre identidade de gênero: conceitos e termos*, 42p. Recuperado em 03 de Outubro, 2017, de https://www.sertao.ufg.br/up/16/o/ORIENTAÇÕES_POPULAÇÃO_TRANS.pdf?1334065989.

- Jodelet, D. (1989). Représentations sociales: un domaine en expansion. In: Jodelet, D. (Ed.) *Les représentations so-ciales*. Paris: PUF, 1989, pp. 31-61.
- Jovem Soropositivo. (2014). *Dividir o mundo entre soropositivos e soronegativos é perigoso para sua saúde*. Recuperado em 06 de Setembro, 2017, de http://www.huffpostbrasil.com/jovem-soropositivo/dividir-o-mundo-entre-soropositivos-e-soronegativos-e-perigoso-p_a_21671919/.
- Jovem Soropositivo. (2017). *Nota Técnica “Indetectável = Intransmissível”*. Recuperado em 27 de Março, 2018, de <https://jovemsoropositivo.com/tag/partner/>
- Junqueira, M. F. P. S., & Deslandes, S. F.. (2003). Resiliência e maus-tratos à criança. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(1), 227-235. Recuperado em 16 de Janeiro, 2019, de <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2003000100025>
- Kahhale, E. P. et. al. (2010). *HIV/Aids enfrentando o sofrimento psíquico*. São Paulo: Cortez, 2010.
- Kraickzyk, J. (2014). *A Bioética E a Prevenção Da Aids Para Travestis Brasília*. (Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, 2014)
- Lago, R. F. & Costa, N. R. (2010). Dilemas da política de distribuição de medicamentos antirretrovirais no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(Suppl. 3), 3529-3540.
- Latour, B. (1987). *Science in Action*. Cambridge, Mass: Harvard University Press.
- Leal, A. (2016). *Patentes impedem redução de preços de tratamento da aids, diz relatório*. Recuperado em 15 de Agosto, 2017, de <http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2016-07/patentes-impedem-reducao-de-precos-de-tratamentos-de-aids-diz-relatorio>
- Lima, R., Almeida, C., & Vieira, L. (2015). A pessoa medicada e o HIV/AIDS: Subjetividade, adesão ao tratamento e biopolíticas. *Revista Subjetividades*, 15(3), 375–388.
- López, L. C. (2011). Uma Análise das Políticas de Enfrentamento ao HIV/Aids na Perspectiva da Interseccionalidade de Raça e Gênero. *Saúde Soc*. São Paulo, v.20, n.3, p.590-603.
- López, L. C. (2015). O Corpo Colonial e as Políticas e Poéticas da Diáspora para Compreender as Mobilizações Afro-Latino-Americanas. *Horizontes Antropológicos*, Porto Alegre, ano 21, n. 43, p. 301-330, jan./jun. Recuperado em 23 de Maio, 2018, de <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-71832015000100012>
- Löwy, M. (2000). *A guerra dos deuses. Religião e política na América Latina*. Petrópolis: Vozes.
- Löwy, M. (2016). *Da tragédia à farsa: o golpe de 2016 no Brasil*. In I. Jinkings, K. Doria, & M. Cleto (Orgs.). *Por que gritamos Golpe? – Para entender o impeachment e a crise política no Brasil*. São Paulo: Boitempo.
- Marcedo, M. (2017). *Taxas de morte por suicídio entre pessoas com HIV é de 2%. O dobro da população em geral*. Recuperado em 15 de Agosto, 2017, de <https://soropositivo.org/2017/05/21/taxas-de-morte-por-suicidio-entre-pessoas-com-hiv-e-de-2-o-dobro-da-populacao-em-geral/>

- Martínez-Guzmán, A. & Íñiguez-Rueda, L. (2017). Práticas Discursivas y Violencia Simbólica Hacia la Comunidad LGBT en Espacios Universitarios. *Paidéia* (Ribeirão Preto), 27(Suppl. 1), 367-375. Recuperado em 15 de Janeiro, 2019, de <https://dx.doi.org/10.1590/1982-432727s1201701>
- Mello, R. N. (2018). *Tente entender o que tento dizer: poesia + HIV/AIDS*. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo.
- Méllo, R. P., Silva, A. A., Lima, M. L. C., & Di Paolo, A. F. (2007). Construcionismo, práticas discursivas e possibilidades de pesquisa em psicologia social. *Psicologia & Sociedade*, 19(3), 26-32. Recuperado em 15 de Agosto, 2017, de <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822007000300005>
- Miglievich-Ribeiro, A. & Prazeres, L. L. G. (2015). A produção da subalternidade sob a ótica pós-colonial (e decolonial): Algumas leituras. *Temáticas*, Campinas, 23, (45/46); 25-52, fev/dez.
- Minayo, M. C. S. (2007). *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. 26. Ed. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Minayo, M. C. S. (2010). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 12ª Edição. São Paulo: Editora Hucitec.
- Minervino, T. (2015). *HIV/AIDS: O preconceito é a pior doença*. Recuperado em 15 de Agosto, 2017, de <https://vamoscontextualizar.wordpress.com/2015/03/31/hivaids-o-preconceito-e-a-pior-doenca/>
- Montagnier, L. (1995). *Virus e homens: AIDS: seus mecanismos e tratamentos*. Rio de Janeiro (RJ): J. Zahar, 239p.
- Montagnier, L. (2002). "HISTORICAL ESSAY: A History of HIV Discovery" *Science* 298, no. 5599 (November 29, 2002): 1727-1728. Recuperado em 29 de Março, 2018, de <https://dx.doi.org/10.1126/science.1079027>.
- Monteiro, M. (2002). *Sujeito, gênero e masculinidade*. In: Almeida, H. B. (org.) *Gênero em Matizes*. pp.35-50. Bragança Paulista: Estudos CDAPH.
- Monteiro, A. L. & Villela, W. V. (2009). A criação do Programa Nacional de DST e Aids como marco para a inclusão da ideia de direitos cidadãos na agenda governamental brasileira. *Revista Psicologia Política*, 9(17), 25-45. Recuperado em 27 de Março, 2018, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2009000100003&lng=pt&tlng=pt.
- Monteiro, S & Villela, W. V. (2013). *Estigma e Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 207 p.
- Moreira, V., Meneses, A. M., Andrade, D. B., & Araújo, M. C. (2010). Fenomenologia do estigma em HIV/Aids: "coestigma". *Mental*, 14, 115-131.
- Neto, A. L. da S. (2014). *Nós e o que falavam de nós: subjetividades e discursos jornalísticos - HIV/Aids em Criciúma (1986/1996)*. (Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina, 2014).
- Nietzsche, F. W. (s.d). *Assim falava Zaratustra*. Tradução de Ciro Mioranza. 2. ed. São Paulo: Escala. Coleção grandes obras do pensamento.

- Nietzsche, F. W. (s.d). *Vontade de Potência*. Tradução de Mário D. Ferreira Santos. Rio de Janeiro: Ediouro.
- Nogueira, C. (2001). *Construcionismo Social, Discurso e Gênero*. Psicologia. Vol. XV
- Parker, R. (2000). *Na contramão da AIDS: Sexualidade, intervenção, política*. São Paulo: Editora 34.
- Parker, R. & Aggleton, P. (2001). *Estigma, Discriminação e Aids*. Coleção ABIA, Cidadania e Direitos, n. 1. Rio de Janeiro, ABIA.
- Parker, R. G. (2002). *A aids no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Relume-Dumará. ABIA, IMS/UERJ.
- Parker, R. (2013). *Interseções entre estigma, preconceito e discriminação na saúde pública mundial*. In: Monteiro, S.; Villela, W. (Orgs.). *Estigma e Saúde*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, p. 25-46.
- Parker, R. (2017). *AIDS, 35 anos depois*, pp. 1–2. Recuperado em 15 de Agosto, 2017, de <https://www.cartacapital.com.br/sociedade/aids-35-anos-depois>
- Parker, R. (2018). Richard Parker apresenta os argumentos do seu próximo livro sobre a AIDS. Recuperado em 10 de Janeiro, 2017, de <http://abiadays.org.br/richard-parker-apresenta-os-argumentos-do-seu-proximo-livro-sobre-a-aids/32012>
- Pelúcio, L. (2009). *Abjeção e desejo: uma etnografia travesti sobre o mundo preventivo de aids*. São Paulo: Annablume; FAPESP
- Pelúcio, L. & Miskolci, R. (2009). A prevenção do desvio: o dispositivo da aids e a repatologização das sexualidades dissidentes. *Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana*, Rio de Janeiro: CLAM-UERJ, n. 1, p. 25-157.
- Penrod, J.; Preston, D.B., Cain, R. & Starks, M.T. (2003). A discussion of chain referral as a method of sampling hard-to-reach populations. *Journal of Transcultural Nursing*, vol 4. n° 2. April, 100-107p.
- Perlongher, N. (1987). *O negócio do michê: prostituição viril em São Paulo*. São Paulo. Brasiliense.
- Poiesz, B. J.; Ruscetti, F. W.; Reitz, M. S.; Kalyanaraman, V. S. & Gallo, R. C. (1981). “Isolation of a new type C retrovirus (HTLV) in primary uncultured cells of a patient with Sezary T-cell leukaemia.” *Nature* 294, no. 5838 (November 19, 1981): 268-271. Recuperado em 29 de Março, 2018, de <https://dx.doi.org/10.1038/294268a0>
- Pollak, M. (1990). *Os Homossexuais e a Aids: Sociologia de uma Epidemia*. São Paulo: Estação Liberdade.
- Projeto de Lei 198/15. (2015). *Torna crime hediondo a transmissão deliberada do vírus da AIDS*. Recuperado em 15 de Agosto, 2017, de <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=945940>
- Popovic, M.; Sarngadharan, M. G.; Read, E. & Gallo, R. C. (1984). “Detection, isolation, and continuous production of cytopathic retroviruses (HTLV-III) from patients with AIDS

and pre-AIDS.” *Science* 224, no. 4648 (May 4, 1984): 497-500. Recuperado em 29 de Março, 2018, de <https://dx.doi.org/10.1126/science.6200935>

- Potter, J. & Wetherell, M. (1987). *Discourse and Social Psychology: beyond attitudes and behavior*. Londres: Sage Publications.
- Potter, J. (2012). Re-reading discourse and social psychology: Transforming social psychology. *British Journal of Social Psychology*, 51(3), 436-455.
- Quirino, T. R. L. (2012). *A Produção de Cuidados no Cotidiano de um Serviço de Atenção à Saúde do Homem*. (Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Pernambuco, 2012)
- Raffo, R. [Rubens]. (2018, Janeiro 13). A história da falta dos medicamentos se repete. Uma manifestação da RNP/RS, em 1998. As máscaras eram para chamar a atenção e manter o sigilo das pessoas infectadas. Estávamos eu e Bia Pacheco nessa! Foi notícia na imprensa [Atualização de Status do Facebook]. Recuperado em 27 de Março, 2018, de <https://www.facebook.com/photo.php?fbid=10204331573327664&set=a.2552385187145.70253.1779386974&type=3&theater>
- Rago, M. (2011a). *Subjetividade, Feminismo e Poder ou Podemos ser outras?*, 09/2011, *Relações de Poder e Subjetividades*, Capítulo, ed. 1, Toda Palavra Editora, pp. 16, pp.15-30, 2011.
- Rago, M. (2011b) A aventura de contar-se: Foucault e a escrita de si de Ivone Gebara. In: DE Souza, L. A. F.; Sabatine, T. T.; Magalhães, B. R. (Ed.). (2011). *Michel Foucault: sexualidade, corpo e direito*. Cultura acadêmica, p.1-18.
- Revelação. (2001). *Miniaurélio Século XXI Escolar. O minidicionário da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Rosa, A. B. (2017). *Brasil enfrenta racionamento de exames e medicamentos para HIV-aids*. Recuperado em 15 de Agosto, 2017, de http://www.huffpostbrasil.com/2017/07/22/brasil-enfrenta-acionamento-de-exames-e-medicamentos-para-hiv-a_a_23041962/
- Rotello, G. (1998). *Comportamento sexual e aids – a cultura gay em transformação*. São Paulo: Editora GLS.
- Santos, B. S. (2002). Para uma sociologia das ausências e das emergências. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 63, 237-280. Recuperado em 17 de Janeiro, 2019, de http://www.boaventuradesousasantos.pt/media/pdfs/Sociologia_das_ausencias_RCCS63.PDF
- Santos, R. C. S., & Schor, N. (2015). *As primeiras respostas à epidemia de aids no Brasil: influências dos conceitos de gênero, masculinidade e dos movimentos sociais*. *Psicol. Rev.*, 24(1), 45–59. Recuperado em 15 de Agosto, 2017, de <http://revistas.pucsp.br/index.php/psicorevista/article/view/24228/17438>
- Schupbach, J; Popovic, M.,Gilden, R. V.; Gonda, M. A.; Sarngadharan, M. G & Gallo, R. C. (1984). “Serological analysis of a subgroup of human T-lymphotropic retroviruses (HTLV-III) associated with AIDS.” *Science* 224, no. 4648 (May 4, 1984): 503-505. Recuperado em 29 de Março, 2018, de <https://dx.doi.org/10.1126/science.6200937>.

- Seidl, E. M. F. (2005). Enfrentamento, aspectos clínicos e sociodemográficos de pessoas vivendo com HIV/Aids. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 10, n. 3, p. 421-429, set./dez.
- Siegel K. & Lekas, H. M. (2002). AIDS as a chronic illness: psychosocial implications. *AIDS*;16 Suppl 4:S69-76.
- Silva, N. E. K, Oliveira, L. A., Figueiredo, W. dos S., Landroni, M. A. da S., Waldman, C. C. S. & Ayres, J. R. (2002). Limites do trabalho profissional: estudo de caso dos centros de referência para DST/Aids. *Revista de Saúde Pública*, 36, (4, Suppl), 108-116.
- Silva, C. G. S. (2007). Serviço de assistência especializada (SAE): uma experiência profissional. *Psicologia: ciência e profissão*, 27(1), 156-163. Recuperado em 21 de Março, 2018, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932007000100013&lng=pt&tlng=pt.
- Silva, L. N. (2010). *Era uma vez... meninas que engravidaram: histórias e trajetórias*. (Dissertação de Mestrado, Faculdade de Saúde Pública, 2010).
- Silva, F. R. & Araújo, M. T. F. R. (2016). Meu prazer agora é risco de vida ou quando a mídia transforma gays em monstros. In: Colóquio Nacional Representações de Gêneros e Sexualidades (CONAGES), ANAIS. Campina Grande: Realize Eventos, 11p.
- Sontag, S. (2007). *Doença como metáfora. Aids e suas metáforas*. Companhia de Bolso. São Paulo.
- Sousa, P. J. de, Ferreira, L. O. C., & Sá, J. B. de. (2013). Estudo descritivo da homofobia e vulnerabilidade ao HIV/Aids das travestis da Região Metropolitana do Recife, *Brasil. Ciência & Saúde Coletiva*, 18(8), 2239–2251.
- Souza, E. C. de (2006). A arte de contar e trocar experiências: Reflexões teórico-metodológicas sobre história de vida em formação. *Revista Educação em Questão*. 25(11), 22-39.
- Souza, J. A. (2007). *Fatores da personalidade que interferem na não adesão ao tratamento da AIDS*. (Tese de Doutorado, Convênio Universidade de Brasília, Universidade Federal de Goiás e Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, 2007).
- Souza, E. C. (2008). (Auto)biografia, identidades e alteridade: modos de narração, escritas de si e práticas de formação na pós-graduação. *Revista Fórum Identidades*, 4(4), 37- 50.
- Spink, M. J. P. (2001). Trópicos do discurso sobre risco: risco-aventura como metáfora na modernidade tardia. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 17(6):1277-1311, nov-dez.
- Spink, M. J. P.; Medrado, B; Menegon, V. M.; Lyra, J. & Lima, H. (2001). A construção da AIDS-notícia. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 17(4):851-862, jul-ago.
- Spink, P. K. (2003). Pesquisa de Campo em Psicologia Social: Uma Perspectiva Pós-Construcionista. *Psicologia & Sociedade*; 15 (2): 18-42; jul./dez. Recuperado em 17 de Abril 2018, de <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822003000200003>
- Spink, M. J. P. & Spink, P. K. (2007). A Psicologia Social na Atualidade. In: Jacó-Vilela, A. M., Ferreira, A. A. L. & Portugal, F. T. (2007). *História da Psicologia: rumos e percursos* (pp. 565-585). Rio de Janeiro: Nau Editora.

- Spink, M. J. P. (Org.). (2010). *Linguagem e Produção de Sentido no Cotidiano*. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais.
- Spink, M. J. P. (Org.). (2013). *Práticas Discursivas e Produção de Sentidos no Cotidiano: Aproximações Teóricas e Metodológicas* (pp. 22-41). São Paulo: Editora Cortez.
- Spink, M. J. P., & Medrado, B. (2013). Produção de sentido no cotidiano: Uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. In: Spink, M. J. P. (Org.). (2013). *Práticas Discursivas e Produção de Sentidos no Cotidiano: Aproximações Teóricas e Metodológicas* (pp. 22-41). São Paulo: Editora Cortez.
- Spink, M. J. & Menegon, V. M. (2013). A pesquisa como prática discursiva: superando os horrores metodológicos. In: Spink, M. J. P. (Org.). (2013). *Práticas Discursivas e Produção de Sentidos no Cotidiano: Aproximações Teóricas e Metodológicas* (pp. 22-41). São Paulo: Editora Cortez.
- Spink, M. J. & Lima, H. (2013). Rigor e Visibilidade: A explicitação dos passos de interpretação. In: Spink, M. J. P. (Org.). (2013). *Práticas Discursivas e Produção de Sentidos no Cotidiano: Aproximações Teóricas e Metodológicas* (pp. 71-99). São Paulo: Editora Cortez.
- Taborda, J. (2009). *A perspectiva do construcionismo social*. Recuperado em 20 de Junho, 2017, de <http://www.redepsi.com.br/2009/11/24/a-perspectiva-do-construcionismo-social/>
- Terto Jr., V. (2017a). Fechamento do GAPA reativa debate sobre a AIDS no Rio Grande do Sul. Recuperado em 06 de Setembro, 2017, de <http://abiids.org.br/fechamento-do-gapa-reativa-debate-sobre-aids-no-rio-grande-do-sul/30525>.
- Terto Jr., V. (2017b). *Avanço e Alto Custo*. In: Stevanim, L. F. (2017). PrEP no SUS: o que esperar do novo método de prevenção ao HIV?. Revista Radis Comunicação em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz - Ministério da Saúde, Rio De Janeiro. Recuperado em 28 de Março, 2018, de <https://agencia.fiocruz.br/prep-no-sus-o-que-esperar-do-novo-metodo-de-prevencao-ao-hiv>
- Un aids. (2016). *Estatísticas*. Recuperado em 15 de Agosto, 2017, de <http://un aids.org.br/estatisticas/>
- Un aids. (2017). Guia de Terminologia sobre HIV e AIDS. Recuperado em 02 de Outubro, 2017, de http://un aids.org.br/wp-content/uploads/2017/09/WEB_2017_07_12_GuiaTerminologia_UNAIDS_HD.pdf
- Un aids. (2018). Indetectável = Intransmissível. Recuperado em 15 de Janeiro, 2017, de <https://un aids.org.br/2018/07/indetectavel-intransmissivel/>
- Valle, C. G. O. do. (2010). Corpo, doença e biomedicina: uma análise antropológica de práticas corporais e de tratamento entre pessoas com HIV/AIDS. *Vivência*, Natal, n. 35, p. 33-51.
- Vallée, J. (2014). *Clube De Compras Dallas*. [DVD] Directed by J. Vallée. EUA: Jean-Marc Vallée.

- Vilar, R. L. A., Souza, E. C. F., Milan, E. P., Castro, J. L., Freitas, M. R. & Macedo, M. R. C. (2011). *O contexto da Política para as DST, AIDS e Hepatites Virais* / Org. Rosana Lúcia Alves de Vilar et al.– Natal: EDUFRN.
- Villarinho, M. V, Padilha, M. I., Berardinelli, L. M. M., Borenstein, M. S., Meirelles, B. H. S., & Andrade, S. R. (2013). Políticas públicas de saúde face à epidemia da AIDS e a assistência às pessoas com a doença. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66(2), 271-277.
- Welle, D. (2016). *Cortes na saúde pode afetar áreas cruciais*. Recuperado em 15 de Agosto, 2017, de <http://www.cartacapital.com.br/politica/cortes-na-saude-podem-afetar-areas-cruciais>
- World Health Association. (1994). Division of Mental Health. Qualitative Research for Health Programmes. Geneva: WHA.
- Wittgenstein, L. (1991) *Investigações Filosóficas*. São Paulo: Nova Cultural
- Westcott, L. (2014). *Resposta americana ao ebola faz eco dos primeiros dias da epidemia de aids*. Recuperado em 21 de Março, 2018, de <https://jovensorpositivo.com/2014/10/08/ensaio-sobre-a-cegueira/>
- Yunes, M. A. M. & Szymansky, H. (2001). Resiliência: noção, conceitos afins e considerações críticas. In: Tavares J. (Org.) (2001). *Resiliência e educação*. São Paulo: Cortez Editora, p. 13-42.
- Yunes, M. A. M. Psicologia positiva e resiliência: o foco no indivíduo e na família. *Psicol Estud* 2003; 8:75-84.
- Zea, C. et. al. (2004). Disclosure of HIV-positive status to latino gay men's social networks. *American Journal of Community Psychology*, n. 33, p. 107-117

Apêndices

APÊNDICE A

ROTEIRO DE ENTREVISTA
<u>Introdução</u>
1. Qual é o seu nome completo ou Pseudônimo que queira escolher para seu anonimato?
2. Em que ano e em que Cidade/Estado você nasceu?
3. Em relação a sua orientação sexual e/ou identidade de gênero, como você se considera?
4. Em relação a sua cor de pele, raça/etnia, como você se considera?
5. Onde você vive hoje e qual sua principal ocupação (trabalho)?
<u>Desenvolvimento</u>
6. Gostaria que você tentasse me contar um pouco da sua história de vida, de quando soube de sua sorologia positiva para o HIV. Como foi? Tente relatar o que sentiu, suas percepções e reações.
7. Você já tinha ouvido falar sobre HIV/Aids? O que pensava sobre?
8. Você buscou ou recebeu algum apoio (psicológico, familiar, relacionamento, social, religioso?) para lidar com a soropositividade?
9. Você contou sua sorologia para algumas pessoas? Por que estas pessoas? Como foi esta questão para você? Houve situações de preconceito/discriminação?
10. Como avalia sobre contar sua sorologia hoje? Ainda há ou já sofreu preconceito/discriminação por isto?
11. Você já tinha conhecimento sobre o tratamento para o HIV/Aids? Como foi esse processo e a adesão ao tratamento e aos medicamentos? Como foi para você tomar o primeiro comprimido? Quanto tempo levou desde a descoberta da sua sorologia?
12. Quais os caminhos que você teve que percorrer para fazer adesão ao tratamento? Como é isto hoje para você?
13. Como é sua relação com o serviço de saúde, a equipe do SAE, médicos e médicas? Sempre foi assim?
14. Quais as características mais marcantes desde que soube de sua sorologia?

15. Lembra-se de algum acontecimento ou fatos históricos, políticos e/ou econômicos sobre a sua soropositividade?
16. Quais palavras você pensa, compartilha com as pessoas ou vem a sua cabeça sobre ser soropositivo?
17. Quais palavras você pensa, compartilha com as pessoas ou vem a sua cabeça sobre ser LGBT?
18. Quais palavras você pensa, compartilha com as pessoas ou vem a sua cabeça sobre ser soropositivo e LGBT?
19. O que você pensa ou compartilha com as pessoas sobre o que dizem sobre ser LGBT e soropositivo?
20. Como é para você, como se sente sendo LGBT e Soropositivo? Que sentido você atribui para o HIV em sua vida considerando sua sexualidade/gênero?
21. De que forma você percebe a influência do HIV na sua vida, no tratamento, na sua sexualidade/gênero e nas suas relações?
22. Você acredita que por conta da sua sexualidade/gênero e soropositividade você esteja mais propensa/o a discriminação?
<u>Conclusão</u>
23. Como você avalia a sua vida antes e depois da sua soropositividade?
24. Que significado você atribui para sua sorologia em suas práticas ou fazeres cotidianos? Mudou alguma rotina?
25. Quais são as suas melhores lembranças durante toda esta sua história?
26. Você gostaria de ter feito algo de diferente? O que diria para outra pessoa soropositiva?
27. O que você acha que mudou na sua vida a partir da sua sorologia? Ou seja, que aspectos ou dimensões da sua vida você sentiu mais modificações depois da sorologia?
28. Como você se sentiria ou o que mudaria em sua vida caso surgisse uma cura para o HIV?
29. Sobre esta experiência e vivência, o que mais gostaria de deixar registrado nesta data?

APÊNDICE B

FICHAS CATALOGRÁFICAS DAS ENTREVISTAS

FICHA TÉCNICA DA ENTREVISTA 1	
1. DADOS DO PROJETO DE PESQUISA	
Nome do Projeto:	HISTÓRIAS POSIT(HIV)AS: UMA PRODUÇÃO DE SENTIDOS DE GAYS, TRAVESTIS E TRANSEXUAIS SOBRE A PRÓPRIA SOROPOSITIVIDADE EM NATAL/RN
Pesquisador Responsável:	Felipe Cazeiro da Silva
2. CONTATO INICIAL	
Indicação do contato:	Associação Vidas Positivas – AVIP
Data do contato:	07 de Março de 2018
Forma de contato:	Rede Social
Observações:	
3. DADOS DA PESSOA ENTREVISTADA	
Minha identificação ___ (X) poderá ser () não será ___ revelada conforme TCLE	
Nome completo (ou pseudônimo):	Benivaldo Lourenço de Medeiros
Resumo Biográfico do Depoente:	O participante apontou diversas questões que transitavam entre a descoberta da sorologia no sentido de ser uma fatalidade, a falta de apoio social, principalmente da família que se afastou do participante, bem como as questões de sigilo sorológico como prevenção a preconceito e discriminação e o medo de ingressar em uma relação conjugal por conta da preocupação em transmitir a doença ao parceiro. Contudo, relatou práticas discursivas transformadoras no sentido de lutar pela vida e que esta doença não o define.
Local e data de nascimento:	Natal – 12/04/1980
Orientação Sexual e/ou Identidade de Gênero	Gay
Cora/Raça/Etnia	Moreno Claro
Estado Civil (Sorodiscordante?)	Solteiro

Cidade em que reside:	Natal						
Profissões anteriores:	Serviços Gerais						
Observações:	Emocionou-se em alguns momentos e após a entrevista disse se sentir aliviado.						
4. ABREVIATURAS E SIGLAS UTILIZADAS NA ENTREVISTA							
HIV	Aids	LGBT	SAE				
5. DADOS DA ENTREVISTA							
Tipo de entrevista:	Biográfica						
Entrevistador:	Felipe Cazeiro da Silva						
Data:	14 de Março de 2018						
Horário de início:	15h15min						
Horário de término:	16h						
Duração:	24min51seg						
Local da entrevista:	Shopping Via Direta						
Formato de gravação:	Digital – Mp3						
Gravação de áudio:	Google Drive e HD externo						
Transcrição:	7 páginas						
Sumário (listar assuntos da entrevista):	Soropositividade; Adesão ao tratamento, SAE/HIV/Aids, Apoio Social e Familiar; Preconceito e Discriminação.						

FICHA TÉCNICA DA ENTREVISTA 2	
1. DADOS DO PROJETO DE PESQUISA	
Nome do Projeto:	HISTÓRIAS POSIT(HIV)AS: UMA PRODUÇÃO DE SENTIDOS DE GAYS, TRAVESTIS E TRANSEXUAIS SOBRE A PRÓPRIA SOROPOSITIVIDADE EM NATAL/RN
Pesquisador Responsável:	Felipe Cazeiro da Silva
2. CONTATO INICIAL	
Indicação do contato:	Rede Pessoal
Data do contato:	28 de Março de 2018
Forma de contato:	Rede Social
Observações:	
3. DADOS DA PESSOA ENTREVISTADA	
Minha identificação ___ (X) poderá ser () não será ___ revelada conforme TCLE	
Nome completo (ou pseudônimo):	Rafael Yoshio Nagao
Resumo Biográfico do Depoente:	O participante apontou diversas questões que versavam sobre a descoberta da sorologia no sentido de ser um impacto de grande sofrimento, a falta de apoio social, principalmente da família do participante, bem como as questões de preconceito e discriminação no que tange ao sigilo sorológico e o afastamento destas por medo da contaminação. Contudo, relatou práticas discursivas transformadoras no sentido de que o HIV não é fim.
Local e data de nascimento:	Campo Grande-MS 20 de Fevereiro de 1982
Orientação Sexual e/ou Identidade de Gênero	Gay Pansexual
Cora/Raça/Etnia	Amarelo – Asiático
Estado Civil (Sorodiscordante?)	Casado – Relacionamento Sorodiscordante
Cidade em que reside:	Natal
Profissões anteriores:	Não declarada
Observações:	Emocionou-se em alguns momentos e mais intensamente na parte em que relata o falecimento de seu ex namorado.

4. ABREVIATURAS E SIGLAS UTILIZADAS NA ENTREVISTA							
HIV	Aids	LGBT	SAE	H.U.			
5. DADOS DA ENTREVISTA							
Tipo de entrevista:				Biográfica			
Entrevistador:				Felipe Cazeiro da Silva			
Data:				02 de Abril de 2018			
Horário de início:				13h			
Horário de término:				14h			
Duração:				34min14seg			
Local da entrevista:				Laboratório de Psicologia da UFRN			
Formato de gravação:				Digital – Mp3			
Gravação de áudio:				Google Drive e HD externo			
Transcrição:				10 páginas			
Sumário (listar assuntos da entrevista):				Suspeita de transmissão, diagnóstico de soropositividade, Adesão ao tratamento, SAE/HIV/Aids, Apoio Social; Relacionamentos Amorosos, Preconceito e Discriminação.			

FICHA TÉCNICA DA ENTREVISTA 3	
1. DADOS DO PROJETO DE PESQUISA	
Nome do Projeto:	HISTÓRIAS POSIT(HIV)AS: UMA PRODUÇÃO DE SENTIDOS DE GAYS, TRAVESTIS E TRANSEXUAIS SOBRE A PRÓPRIA SOROPOSITIVIDADE EM NATAL/RN
Pesquisador Responsável:	Felipe Cazeiro da Silva
2. CONTATO INICIAL	
Indicação do contato:	Associação Vidas Positivas – AVIP
Data do contato:	28 de Março de 2018
Forma de contato:	Whatsapp
Observações:	
3. DADOS DA PESSOA ENTREVISTADA	
Minha identificação ___ (X) poderá ser () não será ___ revelada conforme TCLE	
Nome completo (ou pseudônimo):	Francisco Júlio Santiago
Resumo Biográfico do Depoente:	O participante apontou diversas questões que versavam sobre a descoberta da sorologia no sentido de trazer certa consciência e cuidado para consigo mesmo. Salientou o apoio familiar que foi necessário para lidar com as questões de preconceito e discriminação no que tange ao sigilo sorológico e o afastamento destas por medo da contaminação, principalmente em relacionamentos sexuais amorosos. Apontou também o higienismo político que sente sobre estas questões. Contudo, relatou práticas discursivas transformadoras e resistentes no sentido de que o HIV não influencia na sua felicidade
Local e data de nascimento:	Natal-RN – 27 de Junho de 1986
Orientação Sexual e/ou Identidade de Gênero	Gay
Cora/Raça/Etnia	Negro
Estado Civil (Sorodiscordante?)	Casado – Relacionamento Soroconcordante (++)
Cidade em que reside:	Natal
Profissões anteriores:	Não declarada

Observações:	O participante estava bastante descontraído						
4. ABREVIATURAS E SIGLAS UTILIZADAS NA ENTREVISTA							
HIV	Aids	LGBT	SAE				
5. DADOS DA ENTREVISTA							
Tipo de entrevista:	Biográfica						
Entrevistador:	Felipe Cazeiro da Silva						
Data:	08 de Abril de 2018						
Horário de início:	10h30min						
Horário de término:	11h						
Duração:	27min05seg						
Local da entrevista:	Casa do Participante						
Formato de gravação:	Digital – Mp3						
Gravação de áudio:	Google Drive e HD externo						
Transcrição:	9 páginas						
Sumário (listar assuntos da entrevista):	Suspeita de transmissão, diagnóstico de soropositividade, Adesão ao tratamento, SAE/HIV/Aids, Apoio Familiar; Relacionamentos amorosos, Preconceito e Discriminação, Desmonte do SUS e Privatização das Políticas.						

FICHA TÉCNICA DA ENTREVISTA 4	
1. DADOS DO PROJETO DE PESQUISA	
Nome do Projeto:	HISTÓRIAS POSIT(HIV)AS: UMA PRODUÇÃO DE SENTIDOS DE GAYS, TRAVESTIS E TRANSEXUAIS SOBRE A PRÓPRIA SOROPOSITIVIDADE EM NATAL/RN
Pesquisador Responsável:	Felipe Cazeiro da Silva
2. CONTATO INICIAL	
Indicação do contato:	Associação Vidas Positivas – AVIP
Data do contato:	28 de Março de 2018
Forma de contato:	Rede Social
Observações:	
3. DADOS DA PESSOA ENTREVISTADA	
Minha identificação___ (X) poderá ser () não será___ revelada conforme TCLE	
Nome completo (ou pseudônimo):	Jacqueline Brazil
Resumo Biográfico do Depoente:	A participante apontou diversas questões que versavam sobre a descoberta da sorologia no sentido de trazer certa consciência e cuidado para consigo mesma tornando-a a pessoa que é hoje. Salientou as dificuldades do passado em relação a hoje em dia, sobretudo no que tange ao tratamento para o HIV. Apontou também a relação com a Marinha que de início foi preconceituosa, mas que não deixou de ampará-la. Relatou práticas discursivas transformadoras e resistentes no sentido de que o HIV não influencia na sua felicidade
Local e data de nascimento:	Campo Grande, antigo Augusto Severo – RN em 20 de Maio de 1965.
Orientação Sexual e/ou Identidade de Gênero	Travesti/Feminina/Transexual
Cora/Raça/Etnia	Negra
Estado Civil (Sorodiscordante?)	Solteira
Cidade em que reside:	Natal-RN
Profissões anteriores:	Militar da Marinha

Observações:	Depois da entrevista, Jacqueline se emocionou intensamente compartilhando que sua história foi de muita luta e que ela sempre pensa nas pessoas, num mundo melhorar e que depois que ela partir gostaria de ser lembrada por espalhar um pouco de amor e auxílio nesse mundo cheio de ódio. Que ela não gostaria que as pessoas odiassem umas as outras por causa do gênero, da sexualidade e do HIV. Que isso é besteira. Que ela tem esperança que um dia as coisas mudem e melhorem. Sentiu-se um pouco aliviada e disse que estava precisando deste momento.				
4. ABREVIATURAS E SIGLAS UTILIZADAS NA ENTREVISTA					
HIV	Aids	LGBT	SAE	FIOCRUZ	SUS
5. DADOS DA ENTREVISTA					
Tipo de entrevista:	Biográfica				
Entrevistador:	Felipe Cazeiro da Silva				
Data:	10 de Abril de 2018				
Horário de início:	12h40min				
Horário de término:	13h30min				
Duração:	22min57seg				
Local da entrevista:	Praça Vermelha – Cidade Alta, Natal-RN				
Formato de gravação:	Digital – Mp3				
Gravação de áudio:	Google Drive e HD externo				
Transcrição:	8 páginas				
Sumário (listar assuntos da entrevista):	Descoberta e diagnóstico de soropositividade, Relação com a marinha, Adesão ao tratamento, SAE/HIV/Aids, Apoio Social; Relacionamentos amorosos, Preconceito e Discriminação e Luta pela vida.				

FICHA TÉCNICA DA ENTREVISTA 5	
1. DADOS DO PROJETO DE PESQUISA	
Nome do Projeto:	HISTÓRIAS POSIT(HIV)AS: UMA PRODUÇÃO DE SENTIDOS DE GAYS, TRAVESTIS E TRANSEXUAIS SOBRE A PRÓPRIA SOROPOSITIVIDADE EM NATAL/RN
Pesquisador Responsável:	Felipe Cazeiro da Silva
2. CONTATO INICIAL	
Indicação do contato:	Jacqueline Brazil
Data do contato:	10 de Abril de 2018
Forma de contato:	Whatsapp
Observações:	
3. DADOS DA PESSOA ENTREVISTADA	
Minha identificação ___ (X) poderá ser () não será ___ revelada conforme TCLE	
Nome completo (ou pseudônimo):	Pollyana Costa Pereira da Silva
Resumo Biográfico do Depoente:	A participante apontou diversas questões que versavam sobre a descoberta da sorologia no sentido de trazer certo amadurecimento e qualidade de vida para sua vida, principalmente por ser uma mulher trans e poder ter um cuidado em saúde preocupado com suas questões de identidade de gênero. Salientou a importância do apoio familiar no início para lidar com a questão do diagnóstico, além de relatar a normalidade e tranquilidade que constitui ser mulher trans e soropositiva para a participante
Local e data de nascimento:	06 de Maio de 1990 - Natal
Orientação Sexual e/ou Identidade de Gênero	Mulher Trans Hétero
Cora/Raça/Etnia	Negra
Estado Civil (Sorodiscordante?)	Solteira
Cidade em que reside:	Natal
Profissões anteriores:	Profissional do Sexo
Observações:	

4. ABREVIATURAS E SIGLAS UTILIZADAS NA ENTREVISTA							
HIV	Aids	LGBT	SAE				
7. DADOS DA ENTREVISTA							
Tipo de entrevista:		Biográfica					
Entrevistador:		Felipe Cazeiro da Silva					
Data:		13 de Abril de 2018					
Horário de início:		13h20min					
Horário de término:		14h10min					
Duração:		40min13seg					
Local da entrevista:		Casa da participante					
Formato de gravação:		Digital – Mp3					
Gravação de áudio:		Google Drive e HD externo					
Transcrição:		9 páginas					
Sumário (listar assuntos da entrevista):		Suspeita de transmissão, diagnóstico de soropositividade, Adesão ao tratamento, SAE/HIV/Aids, Apoio familiar; Relacionamentos amorosos, Preconceito e Discriminação.					