



Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**

Fundação Oswaldo Cruz



Lívia dos Santos Fraga

**A Aids no contexto de relações heterossexuais:** decisões e práticas preventivas entre casais  
grávidos vivendo com HIV

Rio de Janeiro

2019

Lívia dos Santos Fraga

**A Aids no contexto de relações heterossexuais: decisões e práticas preventivas entre casais  
grávidos vivendo com HIV**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Simone Monteiro

Rio de Janeiro

2019

Catálogo na fonte  
Fundação Oswaldo Cruz  
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde  
Biblioteca de Saúde Pública

F811a      Fraga, Livia dos Santos.  
              A Aids no contexto de relações heterossexuais:  
              decisões e práticas preventivas entre casais grávidos  
              vivendo com HIV / Livia dos Santos Fraga. -- 2019.  
              139 f.

              Orientadora: Simone Souza Monteiro.  
              Tese (doutorado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola  
              Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro,  
              2019.

              1. Síndrome de Imunodeficiência Adquirida. 2. HIV.  
              3. Identidade de Gênero. 4. Saúde. 5. Gestantes.  
              6. Comportamento Sexual. 7. Heterossexualidade. I.  
              Título.

CDD – 23.ed. – 614.5993

Lívia dos Santos Fraga

**A Aids no contexto de relações heterossexuais: decisões e práticas preventivas entre casais  
grávidos vivendo com HIV**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública.

Aprovada em: 27 de novembro de 2018

Banca Examinadora

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Claudia Mercedes Mora Cárdenas  
Universidade do Estado do Rio de Janeiro – Instituto de Medicina Social

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ivia Maksud  
Fundação Oswaldo Cruz – Instituto Fernandes Figueira

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Marly Marques da Cruz  
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Wilza Vieira Villela  
Universidade Federal de São Paulo

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Simone Monteiro (Orientadora)  
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Rio de Janeiro

2019

Às mulheres e aos homens sujeitos desta pesquisa, por compartilharem suas histórias de vida.

Ao Raul, cuja ainda singela existência motivou o encerramento deste ciclo. E o início de muitos outros.

Ao Rodrigo, meu companheiro, pela cumplicidade e pelo apoio nesta jornada.

## AGRADECIMENTOS

Considerando a importância das diversas esferas de apoio, coletivas e individuais, que viabilizaram a realização deste trabalho, inauguro essa seção agradecendo aos contribuintes brasileiros que, através do pagamento de impostos ao Estado e do intermédio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), financiaram esta pesquisa. Neste sentido, sou igualmente grata às políticas governamentais de incentivo e fomento à ciência brasileira, que desde a graduação, iniciada em 2004 na Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), vêm possibilitando minha inserção e permanência no campo da pesquisa científica.

Ainda no escopo das instituições, agradeço às trabalhadoras e aos trabalhadores da Fundação Oswaldo Cruz, incluindo desde os professores-pesquisadores até a equipe responsável pelos serviços gerais, que, por meio de seu trabalho, vêm ajudando a construir uma instituição de ensino e pesquisa de excelência. Particularmente, agradeço àquelas e àqueles vinculadas (os) diretamente ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, que me ofereceram, ao longo destes quatro anos de curso, suportes de diversas ordens.

Partindo para os agradecimentos individuais, destaco a importância da minha orientadora, Simone Monteiro, em todo o processo de doutoramento. Com seu bom humor, simpatia e simplicidade singulares, acompanhados de extremo profissionalismo e inteligência, pude experimentar e vivenciar, na relação com Simone, o modelo de educação no qual acredito. A confiança em mim e o respeito às minhas escolhas, sempre expressos em atitudes ou palavras, fizeram-me mais segura diante de medos e incertezas, componentes que hoje entendo como inerentes ao processo de amadurecimento intelectual. Ao longo destes 10 anos de convivência, aprendi com Simone não apenas a fazer pesquisa social – o que já seria bastante –, mas também a compreender e apoiar o outro, considerando suas particularidades, limites e potencialidades. Com uma generosidade sem tamanho. E o impacto positivo deste tipo de relação vai além de mim, pois claramente vem influenciando minhas perspectivas acerca da relação professor-estudante. Assim, meus futuros orientandos certamente usufruirão de tais aprendizados.

Agradeço às amigas e aos amigos que contribuiram, de forma expressiva e cada um ao seu modo, para a construção deste trabalho. Destaco as queridas Tatiane Moraes, Carla Cabral, Michele Souza, Lívia Nascimento, Rachel Vieira, Juliana Corrêa, Renata Vasconcellos, Marcelle Nolasco e Ana Paula Hemmi, companheiras na jornada acadêmica. Saibam que a escuta atenciosa de vocês, as trocas materiais e simbólicas, os inúmeros (ainda que

insuficientes) encontros e nossas vivências várias alimentam meus sonhos, fortalecem meus anseios e me fazem mais esperançosa quanto à vida e às relações. Muito bom poder cruzar e contar com vocês neste caminho.

Sou igualmente grata às companheiras e aos companheiros que conheci por meio da inserção no Laboratório de Educação em Ambiente e Saúde do Instituto Oswaldo Cruz (LEAS/IOC): Claudia Mora, Mariana Adade, Carla Pereira, Luciana Cajado, Mauro Brigeiro, Claudio Mann, Adriana Pinho e Letícia Cruz. Agradeço em especial à Claudia Mora, hoje amiga, professora e instrutora de meditação; à Mariana Adade, querida parceira e minha terapeuta de florais; e ao Mauro, pelas trocas acadêmicas e culinárias.

Agradeço às professoras Ivia Maksud, Marly Cruz e Wilza Villela pela participação na banca de defesa, pelas contribuições dadas no processo de qualificação do projeto e/ou em momentos anteriores.

Sou eternamente grata à minha família, pelo suporte e carinho oferecidos neste percurso. Ressalto a importância dos meus pais, Alaci e Edmundo; dos meus irmãos Clara, Bernardo e Ana Elza; e das tias Graça, Juliana e Sandra em minha trajetória. Sem vocês, não teria sido possível chegar até aqui.

Ao Rodrigo, companheiro das aventuras diárias, com quem experimento cotidianamente as delícias e as dores do encontro conjugal; e ao Raul, fruto desta relação; agradeço e dedico esta tese. Obrigada pela paciência, pela compreensão e pelo incentivo. Amo vocês.

Ressalto, ainda, o apoio oferecido pela família do Rodrigo – que posso chamar de minha também –, expresso nas conversas, nos encontros e no entendimento das minhas ausências durante este período. Em especial, sou grata à minha sogra, Cecília (*in memoriam*), pelo olhar carinhoso, pelos abraços afetuosos, pelas prosas progressistas na copa, pelas risadas compartilhadas, pelo exemplo enquanto mulher.

Para concluir, agradeço imensamente à equipe de profissionais do serviço especializado na prevenção da transmissão vertical do HIV/Aids, pela acolhida; e às mulheres e aos homens que dedicaram algumas horas de seu precioso tempo para compartilharem conosco suas histórias de vida, matrizes desta pesquisa.

*Tenha fé no nosso povo que ele resiste  
Tenha fé no nosso povo que ele insiste  
E acordar novo, forte, alegre, cheio de paixão*

Credo – Milton Nascimento

## RESUMO

A presente tese analisa elementos estruturais e individuais que conformam as práticas de prevenção do HIV/Aids de casais heterossexuais grávidos de camadas populares que convivem com a infecção. Tal foco justifica-se pelos avanços na prevenção da transmissão vertical do HIV (PTV) e na ampliação da sobrevivência das pessoas vivendo com HIV/Aids (PVHA), decorrentes do acesso ao tratamento e das conquistas no campo dos direitos humanos. O estudo teve por base entrevistas individuais sobre a trajetória de vida de seis gestantes soropositivas, usuárias de um serviço de referência em Aids no Rio de Janeiro, e de seus respectivos parceiros (portadores ou não do HIV); o que permitiu incorporar o ponto de vista dos homens sobre decisões e práticas preventivas e reprodutivas, tema pouco abordado na literatura. Segundo os achados, em função do receio do estigma da Aids, os casais criam estratégias para ocultação do diagnóstico do HIV. Quanto à prevenção ao HIV, foi observado que os profissionais do serviço e as díades tendem a priorizar a prevenção da transmissão vertical, por meio da adesão ao tratamento, visando à saúde do bebê. No entanto, a prevenção do HIV entre os casais soronegativos e soroconcordantes, associada ao uso do preservativo, é pontual e descontinuada. As práticas preventivas dos casais coadunam-se com as normas tradicionais de gênero e com o histórico de exclusão social dos sujeitos do estudo. O serviço de saúde demonstrou ser fundamental no acesso ao tratamento e aos cuidados relacionados ao HIV, na ressignificação da fatalidade da infecção pelo HIV e nas perspectivas de convivência com o vírus. Todavia, as ações são restritas ao âmbito individual (gestante e o bebê). Concluiu-se que a infecção pelo HIV e a convivência conjugal sob a égide da soropositividade estão mergulhadas em uma rede de fatores externos e internos à dinâmica dos casais, que envolve o contexto socioeconômico; os valores em torno da conjugalidade, da maternidade e da paternidade; e a rede de sociabilidade e apoio, incluindo os serviços de saúde. Desse modo, compreende-se que a abordagem individualizada e medicalizadora da equipe multiprofissional do serviço analisado, associada à ausência do Estado na garantia de direitos básicos, são insuficientes para reduzir a vulnerabilidade ao HIV/Aids e prevenir a transmissão heterossexual do vírus no contexto de relacionamentos estáveis.

Palavras-chaves: HIV/Aids; gênero e saúde; trajetória de vida; conjugalidade; gestantes.

## ABSTRACT

This thesis analyzes structural and individual elements of HIV/AIDS prevention practices concerning pregnant heterosexual couples, who live with the infection, from deprived population strata. The choice of those analysis units is motivated by the advances in the prevention of mother-to-child transmission (PMTCT) and to the increase in life expectancy for people living with HIV/AIDS (PLWHA), resulting of wider access to treatment and achievements in human rights protection. Another motivation for this work is the present challenges when facing the epidemic. The study considered individual in-depth interviews about the life trajectory of six women diagnosed with AIDS and users of a reference AIDS care service in Rio de Janeiro. Their partners (carrying HIV or not) were also interviewed, shedding light to the male point of view in prevention and reproduction decisions and practices – a theme that is not usually approached in literature. Results show that, afraid of stigma around AIDS, couples use strategies to hide HIV diagnosis. As for HIV prevention, health service professionals and couples tend to prioritize the prevention of mother-to-child transmission, by means of adherence to medical treatment, aiming at babies' health. However, actions of prevention of HIV transmission with the use of condoms among serodiscordant and seroconcordant couples are isolated and discontinuous. Couples' prevention practices correlate with gender traditional norms and with their background of social exclusion. The PMTCT care service staff is key to access treatment and care, as well as to re-signify the view of the HIV infection as fatal and the perception of life with the virus. However, actions tackle only the individual scope of the problem (pregnant women and babies). The conclusion is that couples' HIV/Aids prevention practices are influenced by external and internal factors pertaining to the dynamics of couples' live: socioeconomic context; values regarding conjugal relationships and parenthood; and the support and social network, including health care services. Thus, the multiprofessional care service staff's individual and medicalization approach, associated with authorities' lack of guarantee of basic rights, is not sufficient to reduce vulnerability to HIV virus or prevent its heterosexual transmission.

Keywords: HIV/Aids; gender and health care; life course; conjugal relationships; pregnant women.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	<i>Acquired Immune Deficiency Syndrome</i>
FAPERJ	Fundação Carlos Chagas Filho de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
GVHA	Gestantes Vivendo com HIV/Aids
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
HSH	Homens que Fazem Sexo com Homens
IOC	Instituto Oswaldo Cruz
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LEAS	Laboratório de Educação em Ambiente e Saúde
PTV	Prevenção da Transmissão Vertical do HIV
PVHA	Pessoas Vivendo com HIV/Aids
TARV	Terapia Antirretroviral
TcP	Tratamento como Prevenção
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
OMS	Organização Mundial da Saúde
PEP	Profilaxia pós-exposição
PrEP	Profilaxia pré-exposição
SM	Salário Mínimo
SUS	Sistema Único de Saúde
TV	Transmissão vertical
TVH	Transmissão vertical do HIV
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	11
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	15
<b>CAPÍTULO 1 – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	25
1.1. CONJUGALIDADE, GÊNERO E A EPIDEMIA DE HIV/AIDS.....	25
1.2. ESTRUTURAS E INDIVÍDUOS: CONDICIONANTES SOCIAIS E AGÊNCIA.....	30
<b>CAPÍTULO 2 – METODOLOGIA</b> .....	36
<b>CAPÍTULO 3 – (RE) CONTANDO A TRAJETÓRIA DOS CASAIS</b> .....	40
3.1. CASAL 1 – ALICE E ARTUR.....	41
3.2. CASAL 2 – BEATRIZ E BENÍCIO.....	52
3.3. CASAL 3 – CLÁUDIA E CARLOS.....	63
3.4. CASAL 4 – DANIELA E DIONÍSIO.....	72
3.5. CASAL 5 – ELISA E EDUARDO.....	85
3.6. CASAL 6 – FLÁVIA E FERNANDO.....	97
<b>CAPÍTULO 4 – UM OLHAR TRANSVERSAL SOBRE OS CASAIS</b> .....	107
4.1. INSCRIÇÃO SOCIOCULTURAL, FAMILIAR E NORMAS DE GÊNERO.....	107
4.2. DIMENSÕES DA PREVENÇÃO DO HIV/AIDS NO ÂMBITO DE CASAIS GRÁVIDOS .....	113
4.3. RELAÇÃO COM O SERVIÇO DE SAÚDE ESPECIALIZADO NA PTV.....	118
<b>CONCLUSÕES</b> .....	122
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	126
<b>APÊNDICE I – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA</b> .....	134
<b>APÊNDICE II - QUADRO SÍNTESE DO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS SEIS CASAIS ENTREVISTADOS</b> .....	138

## APRESENTAÇÃO

Esta seção tem como objetivo apresentar ao leitor o meu caminho de aproximação ao tema da pesquisa e a forma de organização desta tese.

Minha iniciação em estudos relacionados à epidemia de HIV/Aids ocorreu em 2013, ao integrar a equipe de pesquisadoras do projeto<sup>1</sup> “*Estigma, gênero e trajetórias reprodutivas no contexto da Aids no Rio de Janeiro*”, apoiado pela Fundação Carlos Chagas Filho de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ) e coordenado por Simone Monteiro, DO Laboratório de Educação em Ambiente e Saúde, Instituto Oswaldo Cruz (LEAS-IOC/FIOCRUZ). Tal pesquisa, doravante denominada *Estigma, Aids e Reprodução*, teve o propósito de analisar a influência do estigma da Aids nas escolhas reprodutivas de pessoas vivendo com HIV/Aids (PVHA). O estudo envolveu entrevistas individuais com 29 gestantes vivendo com HIV/Aids (GVHA), usuárias de dois serviços de referência em Aids no estado do Rio de Janeiro, entrevistas com seus respectivos parceiros e observações etnográficas na sala de espera dos serviços. Os primeiros achados da pesquisa, sobre as experiências das 29 GVHA em relação ao estigma da Aids, revelaram que o acolhimento dos profissionais e o acesso ao tratamento e à prevenção da transmissão vertical do HIV (PTV) contribuíram para a ressignificação da fatalidade da Aids entre as GVHA. Todavia, não tiveram impacto no receio do estigma da Aids. Diante do medo das GVHA em revelar o diagnóstico da infecção, os profissionais dos serviços tendiam a reforçar as formas de ocultação da condição sorológica das gestantes, à exceção de seus parceiros (MONTEIRO *et al.*, 2016a; MONTEIRO *et al.*, 2016b).

O material empírico do projeto referente às entrevistas com os seis parceiros das GVHA que concordaram em participar do estudo ainda não havia sido explorado. Somado a isto, observou-se a escassez de estudos sobre as dinâmicas de transmissão e prevenção do HIV/Aids entre homens e mulheres heterossexuais em relacionamentos estáveis em cenários onde a epidemia é concentrada em populações-chaves, como o Brasil. Frente a tais aspectos, esta pesquisa objetiva aprofundar as discussões sobre as intersecções entre as normas de gênero e os contextos de transmissão e prevenção do HIV/Aids, utilizando os dados relacionados às trajetórias socioeconômicas e afetivo-sexuais dos seis casais entrevistados, tendo como marcos a revelação da sorologia da parceira e a gestação atual. Ressalta-se que o fato de estes casais estarem vivendo o momento de gestação impõe marcas relevantes em suas histórias, que nos permitem evidenciar como os valores associados à maternidade e à paternidade vêm

---

<sup>1</sup> Integraram a equipe do projeto Livia Fraga, Priscilla Soares, Adriana Pinho e Wilza Villela.

influenciando, ao longo de suas vidas, suas decisões e práticas relacionadas à prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (incluindo a Aids) e à contracepção.

### *Trajatória profissional*

Durante a participação no projeto supracitado, tive contato com parte da ampla produção científica acerca do HIV/Aids. Ademais, tive a oportunidade de contribuir com todas as fases do trabalho de campo (entrevistas e observações etnográficas) desenvolvido nos dois hospitais considerados ilhas de excelência do Sistema Único de Saúde (SUS) na atenção à saúde de GVHA. Ambos os serviços contavam com equipes multiprofissionais, envolvidas tanto no atendimento clínico a estas mulheres e seus filhos, quanto em inúmeros ensaios clínicos, majoritariamente financiados por agências internacionais.

Em minha trajetória acadêmica até então, caracterizada pela graduação em Medicina Veterinária e pelo mestrado em Saúde Pública na ENSP/Fiocruz, defendido em 2012, havia me debruçado sobre o controle de endemias, com ênfase na leishmaniose visceral e na análise de políticas e ações de educação e promoção da saúde associadas à prevenção de zoonoses (FRAGA & MONTEIRO, 2014). Em comparação à Aids, no campo de doenças negligenciadas são menos abundantes os esforços e investimentos em pesquisa e assistência. Diante de cenários tão distintos de investigação, por diversos momentos questionei-me sobre a mudança de objeto de estudo. O que mobilizou uma médica veterinária a alterar sua rota acadêmica e a dirigir seus esforços, no âmbito do doutorado, ao entendimento de uma epidemia tão concreta e simbólica, que já atrai tantos olhares?

Uma das prováveis explicações foi o quanto as entrevistas com as GVHA e seus parceiros me afetaram, além das lacunas encontradas na literatura sobre o tema. Ouvir, em profundidade, os relatos de vida daquelas mulheres e de seus companheiros; conhecer, ainda que por alguns instantes e sob uma lente específica, seus dramas, suas alegrias, suas trajetórias, – em geral marcadas pela pobreza, pelas inúmeras manifestações de violência, pela frágil presença do Estado e pelo forte vínculo com a família. Mas igualmente repletas de histórias de superação, de invenção e reinvenção de si, de vida, paixões e esperança, ainda que vividas em contextos, muitas vezes, desoladores. Isto gerou um movimento transformador. Foram múltiplas as vezes em que reconheci minha mãe, minhas tias, suas vizinhas e a mim nesses relatos paradoxalmente ímpares e comuns, familiares e estranhos.

Meu pertencimento às camadas populares demandou um exercício constante de empatia e distanciamento dos sujeitos da pesquisa, as GVHA. As histórias de carência material,

situações limítrofes de vida, dissabores, desamores, gravidezes indesejadas, naturalização e internalização dos papéis de gênero que sempre ouvi, vivi e observei nos encontros e reuniões íntimos (e que costumava reagir de múltiplas maneiras, reproduzindo ou estigmatizando algumas visões e práticas), tornaram-se objeto de estudo, exigindo um empenho maior de reflexão e compreensão.

Especificamente quanto ao campo de estudos sobre gênero, minha introdução foi concomitante à participação na pesquisa já citada. Conquanto, já estava sendo sensibilizada sobre a temática desde o início do convívio no LEAS, em 2008, por intermédio de minha orientadora, que faz parte deste grupo. Ainda que eu esteja peregrinando (com fé) pelos caminhos da abordagem socioantropológica desde a iniciação científica, durante a graduação, olhar para tais temas representa uma mudança significativa, que vem se confirmando como escolha acertada para além da formação profissional, já que pensar gênero implica diretamente na minha prática cotidiana enquanto mulher, pesquisadora, filha, mãe e todos os outros múltiplos lugares que ocupamos (e ocuparemos) ao decorrer da vida.

Para concluir, considerando os pontos assinalados, a tese foi organizada do seguinte modo: na *Introdução*, são abordados os dados epidemiológicos e as respostas à epidemia de HIV/Aids à luz do cenário nacional e global, com destaque para as políticas voltadas para as mulheres. O primeiro capítulo, denominado *Fundamentação Teórica*, descreve a base teórica e os principais conceitos norteadores desta investigação, divididos em duas subseções: Conjugabilidade, gênero e a epidemia de HIV/aids, que retoma e aprofunda os aspectos apresentados na introdução acerca das relações entre as desigualdades de gênero e a dinâmica de transmissão do vírus, especialmente no contexto conjugal; Estruturas e indivíduos: condicionantes sociais e agência, que versa sobre esta clássica e artificial dicotomia nas Ciências Sociais, porém útil na orientação de análises como a proposta nesta tese.

O segundo capítulo centra-se na *Metodologia*. Além de descrever o processo de coleta e de análise dos dados, tal seção traz uma reflexão acerca de dois constructos centrais para o estudo: trajetória de vida e o casal como unidade analítica. No terceiro capítulo, são apresentadas as trajetórias de vida dos casais integrantes da pesquisa. O quarto capítulo, denominado *Um Olhar Transversal Sobre os Casais*, apresenta a análise dos principais achados e foi organizado em três tópicos, quais sejam: inscrição sociocultural, familiar e normas de gênero; dimensões da prevenção do HIV/Aids no âmbito dos casais grávidos e relação com o serviço de saúde especializado na PTV.

Nas *Conclusões* são apontados os limites e a contribuição desta pesquisa para o entendimento dos elementos que influenciam as práticas preventivas da transmissão do HIV/Aids entre homens e mulheres heterossexuais em relação estável e vivendo uma gravidez. Há, ainda, dois apêndices: o primeiro consiste no roteiro de entrevista semiestruturada utilizado junto aos sujeitos da pesquisa e o segundo traz o quadro síntese do perfil socioeconômico dos seis casais entrevistados.

## INTRODUÇÃO

Esta tese analisa, a partir de uma perspectiva sócioantropológica, o impacto e os desdobramentos do diagnóstico do HIV em três dimensões da vida de casais heterossexuais grávidos, quais sejam: 1) suas relações afetivo-sexuais; 2) a convivência com a rede de sociabilidade, estendendo-se aos amigos, aos familiares e a outros grupos sociais; 3) medidas de prevenção de IST/Aids e (anti)concepção. Partindo desses eixos de análise, buscou-se identificar as influências das situações de exclusão social, das desigualdades de gênero e do estigma relacionado à infecção pelo HIV/Aids nas formas de elaboração da convivência de mulheres gestantes e de seus parceiros com a condição de soropositividade.

Tal recorte justifica-se na medida em que a Aids permanece como um importante problema de saúde no mundo, ainda que sejam reconhecidos o sucesso da terapia antirretroviral no prolongamento da vida dos indivíduos infectados pelo HIV e dos investimentos mundiais – mesmo que insuficientes – para ampliação do acesso universal aos recursos preventivos e terapêuticos.

### *Respostas globais e nacional ao HIV: avanços, limites e desafios atuais*

A confiança gerada pelas conquistas no controle da epidemia de HIV/Aids culminou, em 2014, na pactuação da chamada meta “90/90/90”, a ser cumprida até 2020. Isto significa que, até lá, diversos países – incluindo o Brasil – se comprometeram a garantir que 90% das PVHA conhecerão seu status sorológico. Dessas, 90% receberão, de forma ininterrupta, a terapia antirretroviral (TARV) e 90% das pessoas em TARV conseguirão atingir a supressão viral. O objetivo final é que a Aids seja eliminada até 2030 (UNAIDS, 2014).

No escopo do acompanhamento das ações visando a tais metas e de seus resultados, o relatório “*Ending Aids – Progress Towards the 90-90-90 targets*” (UNAIDS, 2017a) comemora o avanço da cobertura global da TARV, que atingiu, pela primeira vez em 2016, mais de metade das PVHA. Isto significa que 19,5 milhões de PVHA têm acesso à TARV, 2,5 milhões a mais que no ano anterior. Tal êxito foi atribuído à adesão dos países às novas diretrizes da Organização Mundial de Saúde (OMS), relativas ao tratamento imediato de todos os indivíduos diagnosticados com HIV.

O relatório da UNAIDS também enfatiza a redução, no período de 2010 a 2016, de 32% das mortes relacionadas à Aids e o declínio global de 16% nas novas infecções por HIV. No entanto, esse documento aponta inúmeras lacunas nessa esfera, tais como a redução dos

recursos financeiros direcionados aos programas de prevenção e controle da Aids; assim como a não inclusão, nas políticas abrangentes, de grupos sociais importantes no ciclo de transmissão da epidemia, como mulheres e homens heterossexuais que não se identificam/enquadram nas populações-chaves definidas em torno de estudos epidemiológicos sobre a incidência e prevalência da infecção em grupos sociais distintos.

Ainda que menos estáveis e ocupando, ao longo dos anos, menos espaço nas agendas políticas quando comparados aos investimentos no campo biomédico, houve algum progresso no desenvolvimento de ações de prevenção, solidariedade e garantia de direitos sociais e humanos das PVHA. Porém, são constantes os questionamentos acerca da priorização dos investimentos no diagnóstico e no tratamento das pessoas infectadas em detrimento da atuação nos determinantes sociais do HIV/Aids (PARKER, 2015). Nesta direção, argumenta-se que o acesso ao tratamento não reduz as condições de vulnerabilidade ao HIV, tampouco o receio do estigma, que compromete a procura pela testagem e a adesão à TARV. Além disso, tal enfoque pode limitar a alocação de recursos e o incentivo a ações de prevenção e à atuação das PVHA e das organizações comunitárias na produção do conhecimento e nas respostas à epidemia (NGUYEN et al, 2010; KIPPAX e STEPHENSON, 2012; AGGLETON e PARKER, 2015).

Neste sentido, A UNAIDS (2017a), mesmo que tenha um discurso predominantemente otimista em relação aos avanços já conquistados rumo à meta 90-90-90, endossa a necessidade de enfrentamento de barreiras sociais associadas à epidemia de HIV/Aids. Dentre elas, há uma marcada atenção à importância da atuação dos estados e organizações comunitárias sobre as normas tradicionais de gênero, que reforçam as diferenças entre mulheres e homens no que tange à vulnerabilidade à infecção pelo HIV. Este assunto é recorrente tanto neste relatório quanto em duas outras publicações da UNAIDS, lançadas também em 2017.

Uma delas, denominada “*When Women Lead Change Happens – women advancing the end of Aids*” (UNAIDS, 2017b), aprofunda a discussão sobre a produção social e biológica da vulnerabilidade de mulheres ao HIV e a necessidade de atuação em vários níveis de complexidade para enfrentamento da epidemia feminina. A outra publicação, “*Blind Spot – reaching out to men and boys*” (UNAIDS, 2017c), analisa a epidemia de HIV/Aids entre os diversos grupos de meninos e homens envolvidos de forma consistente na perpetuação do ciclo de transmissão do vírus; ademais, aponta para estratégias de atuação de políticas e programas de prevenção e controle do HIV/Aids que possam alcançá-los. Cabe pontuar que tais relatórios se assemelham a revisões sistemáticas de literatura, com uso maciço da retórica científica tanto

para confirmar avanços como para identificar lacunas das políticas e programas voltados ao controle da epidemia de HIV/Aids.

Retomando a discussão sobre a relação entre as desigualdades e normas tradicionais de gênero e as formas de transmissão do HIV/Aids, diversos levantamentos apontam dados epidemiológicos que atualizam a pertinência do tema: a) na África Subsaariana, três em cada quatro novas infecções por HIV na faixa etária de 15 a 19 anos ocorre em meninas; b) o HIV é a terceira causa de morte entre as mulheres jovens de 15 a 19 anos no mundo; c) as mulheres têm duas vezes mais chances de adquirir o HIV que homens da sua mesma idade; d) HIV é a principal causa de mortes no mundo em mulheres entre 30 e 49 anos; e) mulheres que sofrem de violência impetrada por parceiro íntimo têm 50% mais chance de adquirir o HIV; f) a incidência de HIV é dez vezes maior entre as profissionais do sexo do que na população em geral (WHO et al, 2013; WHO, 2016; UNAIDS 2016).

A vulnerabilização das mulheres ao HIV tem diversas causas e dimensões. A partir de revisão da literatura, a UNAIDS (2017b) organiza em três grupos os aspectos que interferem nesse processo: 1) *fatores estruturais*, entendidos como elementos macrossociais que influenciam meninas e mulheres a se protegerem ou não do HIV, tais como as normas sociais de gênero, o acesso limitado à escolaridade e a serviços de saúde, crianças que foram ou estão sujeitas ao abuso sexual, casamento precoce, violência de gênero e violência impetrada por parceiro íntimo; 2) *fatores comportamentais*, que atuam em conjunto com os estruturais e normalmente estão associados a situações em que a dificuldade de negociação do preservativo é maior e há pouca percepção de si e do parceiro como alguém passível de ter HIV; e 3) *fatores biológicos*, que são aspectos fisiológicos relacionados à transmissão do HIV, tais como a maior capacidade do vírus em passar pelas células do revestimento vaginal, a maior concentração do HIV no sêmen do que nos fluidos vaginais, o maior número de receptores para o HIV em células cervicais, dentre outros. Assim, o enfrentamento da epidemia de HIV em mulheres deve contemplar políticas e programas que atuem sobre esses diversos níveis.

Mesmo que as desigualdades de gênero e suas normas tenham impacto mais negativo sobre as mulheres, elas reforçam a ideia do domínio masculino e o mito da invulnerabilidade de homens, que interfere diretamente na forma como eles lidam e pensam sobre sua saúde. Especificamente sobre o HIV, pesquisas atestam que os homens são menos propensos do que as mulheres a acessarem os serviços de saúde para testagem e aconselhamento, conhecem menos seu status sorológico e têm menor probabilidade de aderirem à TARV (BAKER et al, 2014). Ademais, o estilo de vida e os comportamentos acordados socialmente como masculinos

tendem a favorecer uma maior exposição dos homens a riscos à saúde e morte prematura. Segundo a UNAIDS (2017c), a cobertura de TARV entre homens com 15 anos ou mais foi de 47% em 2016, enquanto entre as mulheres foi de 60%. Além disso, os homens representam 58% das mortes estimadas por HIV/Aids em 2016. O aumento do uso de serviços de saúde pelas mulheres durante os anos de reprodução pode influenciar essa disparidade. Tais dados reforçam a urgência de ação sobre os elementos sociais, políticos e econômicos impulsionadores das situações de exclusão social e das desigualdades de gênero que assolam as sociedades e que se refletem em diferentes graus de vulnerabilidade à infecção pelo HIV/Aids.

Sobre o quadro nacional, o Brasil tem como característica uma epidemia considerada estável pelo Ministério da Saúde e concentrada em subgrupos populacionais adultos em situação de vulnerabilidade (“populações-chave”): usuários de drogas ilícitas, homens que fazem sexo com homens (HSH) e profissionais do sexo, apesar das diferenças regionais. A via sexual vem se mantendo como o principal meio de transmissão do vírus. De acordo com o atual Boletim Epidemiológico, nos últimos cinco anos o país tem registrado, anualmente, uma média de mil casos de Aids. Desde o início da epidemia até junho de 2017 foram registrados 882.810 casos de Aids no país, das quais aproximadamente 65% são do sexo masculino e 35% do sexo feminino (BRASIL, 2017).

No período de 2007 a junho de 2017, a maioria dos casos de Aids (52,5%) esteve concentrada em indivíduos com idade entre 20 e 34 anos, em ambos os sexos, com crescimento maior entre os homens. Ou seja, grande parte das PVHA no Brasil está em idade reprodutiva. Em relação à escolaridade das PVHA, o Ministério da Saúde destaca que o baixo nível de preenchimento deste campo quando da notificação dificulta análises sobre o dado (BRASIL, 2017). Contudo, informações contidas no boletim epidemiológico de 2015 indicavam que havia maior concentração de casos de Aids entre pessoas com ensino médio completo e ensino fundamental incompleto e pontuavam uma diferença entre homens e mulheres vivendo com HIV/Aids quanto ao nível de escolaridade: eles têm mais anos de estudo (BRASIL, 2015).

Mesmo que o atual cenário político brasileiro seja incerto e instável, não permitindo análises profundas e a longo prazo, é fundamental considerá-lo a fim de entender sua influência sobre a resposta à epidemia de HIV/Aids no país, historicamente associada ao processo brasileiro de democratização. Segundo Corrêa (2016), o fato de o surgimento da epidemia ter coincidido com um forte momento da democratização no país convergiu, positivamente, para a reconstrução das políticas sociais do Estado, pautada pela relação com a luta por direitos de

cidadania. As questões de gênero e sexualidade, por exemplo, fortaleceram-se e tornaram-se visíveis na esfera pública, o que favoreceu a construção de uma resposta ao HIV pautada pela não discriminação e pelos direitos humanos.

Todavia, os avanços duramente conquistados no Brasil ao longo de três décadas – os quais o tornaram um modelo mundial no enfrentamento da epidemia de HIV/Aids – estão sendo ameaçados. O país vem experimentando um significativo retrocesso na garantia e promoção de direitos sociais, problema agravado pela crise social, política e econômica a partir de 2008, no nível mundial. Para Basthi et al., (2016), o Brasil deixou de investir de forma consistente nos princípios que nortearam a construção da resposta brasileira à epidemia de HIV/Aids: a articulação da saúde com os direitos humanos, o diálogo intersetorial, a universalidade, a justiça e a participação social.

O quadro político brasileiro atual é preocupante para todas as políticas sociais, incluindo aquelas voltadas para HIV/Aids, em virtude do notável afrouxamento do compromisso do Estado com a pauta dos direitos humanos e da priorização da questão econômica sobre a social, o que vai de encontro às diretrizes da UNAIDS (2017a, b e c), que defendem o fortalecimento do Estado de direitos. De forma adicional, há a influência crescente do conservadorismo moral no país, com apelo principalmente religioso, na criação e implementação de políticas.

Nesse contexto de enfraquecimento de políticas sociais capazes de modificar as estruturas promotoras das desigualdades que geram maior vulnerabilidade à infecção pelo HIV, observa-se o recrudescimento da ênfase na dimensão biomédica da epidemia no país, que vem pautando as principais diretrizes da política nacional. Por exemplo, dentre as estratégias nacionais para atingir a meta 90-90-90, estão: a ampliação da testagem rápida e a disponibilização do teste de fluido oral nas farmácias, associadas à política da oferta do Tratamento como Prevenção (TcP); o compartilhamento da gestão da atenção à saúde de PVHA com a Atenção Básica, que teria como finalidade a ampliação do acesso ao tratamento em tempo oportuno; a incorporação de novas apresentações terapêuticas e o aperfeiçoamento de sistemas informatizados para o acompanhamento do cuidado (BRASIL, 2015).

Infelizmente, isto ocorre em detrimento da discussão e implementação de políticas, programas e ações pautados na perspectiva dos direitos humanos, do enfrentamento do estigma e da discriminação atrelados ao HIV e à Aids, eixo em que esta pesquisa se enquadra.

*Mulheres e Aids no contexto nacional: ontem e hoje*

No Brasil, a década de 1990 foi marcada por reflexões pioneiras em torno do envolvimento de mulheres na infecção pelo HIV/Aids, pois nos primeiros anos da epidemia no país (década de 1980), as atenções políticas e acadêmicas privilegiavam os grupos mais atingidos: homens homossexuais das classes médias e altas. Segundo Bastos (2002), os primeiros casos de Aids em mulheres no Brasil foram divulgados pelas mídias e serviços de saúde como indicativos da migração do padrão I da epidemia (predominantemente homossexual, relacionado aos países desenvolvidos, como os Estados Unidos) para o padrão II (heterossexual, atrelado à África e à pobreza).

Para Guimarães (2001), a construção social e política da Aids no início da epidemia estava fortemente vinculada aos discursos biomédico e masculino. Apenas as mulheres não enquadradas no padrão conjugal eram consideradas suscetíveis ao risco. Esta análise será retomada em outros pontos da tese por sinalizar questões relevantes que ainda hoje permanecem e impactam na vulnerabilidade de mulheres e homens heterossexuais ao HIV/Aids.

A primeira obra brasileira destinada a analisar e visibilizar o envolvimento das mulheres na epidemia, intitulada “*A Tripla Ameaça: mulheres e Aids*”, foi publicada em 1993, pela Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (ABIA), seguida de artigos sobre pesquisas centradas em mulheres e Aids, como Parker e Galvão (1996), Guimarães (1996) e Knauth (1996). Com o tempo, tal campo foi se ampliando e se diversificando, mantendo diálogo estreito e intersecções com movimentos sociais; incorporando as discussões sobre as mulheres profissionais do sexo e incluindo a dimensão racial como um dos focos de análise. Contudo, estudos sobre homens heterossexuais e a epidemia de HIV/Aids ainda são menos frequentes, o que sugere que a produção sociológica está estreitamente associada às tendências epidemiológicas (MAKSUD, 2007).

O aumento da ocorrência de HIV em mulheres no período entre 2002 e 2008 – nomeado por alguns autores e instituições como processo de “feminização” (ou feminilização) da Aids, assim como a “pauperização”, “interiorização” e “juvenilização” – fez parte das mudanças no perfil epidemiológico da infecção no decorrer do tempo e seu espriamento nos diversos grupos sociais. Como causas dessa expansão da Aids, têm-se a interação de diversos eixos de vulnerabilidade, tais como gênero, classe, raça, dentre outros (PARKER e CAMARGO JR., 2000; BASTOS, 2001; GREIG et al, 2008; SANTOS et al, 2009; SILVA e REIS, 2012; ROCHA et al, 2013, VILLELA e MONTEIRO, 2015). Diante do quadro de “feminização” da epidemia, o Ministério da Saúde lançou, em 2007, o “*Plano Integrado de Enfrentamento da*

*feminização da Epidemia de Aids e outras DST*”, material que foi atualizado em 2011 e que orienta ações nos planos social e individual, assim como nos níveis federal, estadual e municipal, considerando a perspectiva de gênero e de direitos humanos (BRASIL, 2011). Apesar de significar um avanço, a implementação do plano tem sido limitada, havendo maior predomínio de ações voltadas à prevenção da transmissão vertical e ao uso da camisinha (ROCHA et al, 2013). O *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais*, publicado em 2015, ilustra tal enfoque.

Cabe salientar que a análise dos dados epidemiológicos relacionados à ocorrência diferenciada do HIV em homens e mulheres no Brasil revela uma importante variação ao longo dos anos. Entre 1980 a 2003, a participação delas nos casos de Aids no país foi incrementada. Já no período entre 2002 e 2008, a razão entre os sexos (homem: mulher) ficou estabilizada em 15:10. Todavia, desde 2009 observa-se redução nos episódios de Aids em mulheres e aumento em homens, tendo-se, em 2016, 22 homens infectados para cada 10 mulheres com o vírus. (BRASIL, 2017).

Ressalta-se ainda que, historicamente, a maioria dos casos de infecção em mulheres pelo HIV é atribuída à transmissão heterossexual, aspecto comum a um conjunto heterogêneo de mulheres, no qual estão incluídas as trabalhadoras sexuais. Neste grupo, a prevalência da infecção por HIV/Aids é muito maior (cerca de 10 vezes) que nas demais mulheres (VILLELA E BARBOSA, 2015; VILLELA E MONTEIRO, 2015). Houve campanhas nacionais de prevenção das DST/Aids destinadas às prostitutas, entretanto, na atualidade, são escassas as propostas dirigidas para essa população. A última campanha, protagonizada por profissionais do sexo, apresentada em 2013, foi suspensa pelo Ministério da Saúde.

Atualmente, parcela considerável dos diagnósticos de casos de infecção em mulheres se dá durante o período gestacional, refletindo os avanços da política de saúde na atenção pré-natal, mediante a triagem sorológica anti-HIV. Os investimentos feitos pelo estado brasileiro na testagem de mulheres nesta fase da vida podem ser ilustrados com o seguinte dado: em 2012, foram distribuídos 366.910 testes para HIV para gestantes. Em 2017, até junho, haviam sido liberados 3.350.440 testes pelo SUS. Isso se refletiu no aumento, em 10 anos (2007 a junho de 2017), de 23,8% da taxa de detecção de HIV em gestantes. No Brasil, de 2000 a junho de 2017, foram notificadas 108.134 gestantes infectadas com o HIV, a maioria residente na região Sudeste (39,1%), havendo maior concentração de casos em gestantes na faixa etária entre 20 e 24 anos (28,4 %), com ensino fundamental incompleto (37,7%) e, das diagnosticadas em 2016, 61,9% declararam-se negras ou pardas (BRASIL, 2017).

Considerando a taxa de incidência em menores de cinco anos como indicador de monitoramento da transmissão vertical do HIV (TVH), foi observada uma redução da TVH igual a 40,7% ao longo dos últimos 12 anos (BRASIL, 2014). Como publicações mais atuais do Ministério da Saúde relacionadas ao tema, tem-se o *Protocolo de Investigação de Transmissão Vertical* (inclui HIV, sífilis e hepatites B e C), de 2014, e o *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais*, de 2015, citado acima. Enquanto a última publicação relacionada ao enfrentamento da feminização da epidemia, já indicada, data de 2011.

O Brasil acompanha a tendência mundial de incentivo maciço à PTV. No contexto global, os esforços internacionais voltados à eliminação da TVH – como o “*Plano Global para a eliminação de novas infecções pelo HIV entre crianças até 2015, mantendo suas mães vivas*” (UNAIDS, 2011) – intensificaram-se por meio do aumento da cobertura do tratamento e resultaram na diminuição de 40% no número de crianças infectadas em países de baixa e média renda. Segundo a UNAIDS (2015), a proporção de mulheres grávidas vivendo com o HIV que receberam medicamentos antirretrovirais para prevenção da transmissão vertical nestes países duplicou entre 2009 e 2013, o que significa que sete em cada dez GVHA recebem o tratamento nestas localidades. Em junho de 2014, metade dos 58 países-foco, definidos pela OMS, havia adotado a recomendação de fornecer antirretrovirais ao longo da vida para todas as gestantes. Os 21 países prioritários na Região Africana no Plano Global têm, atualmente, diretrizes oficiais que endossam essa orientação.

Ainda em 2014, a OMS lançou o documento “*Orientações sobre processos e critérios globais para a validação de eliminação da transmissão de mãe para filho do HIV e da sífilis*”, com o objetivo de incentivar e orientar os países na eliminação da TVH, esclarecendo os diversos indicadores utilizados para certificação dos países. Em função de o tratamento para PTV não ser considerado 100% eficaz, a OMS considera que a eliminação da TV do HIV e da Sífilis é caracterizada por sua redução a níveis muito baixos. Cuba, em 2015, foi o primeiro país que eliminou a TV do HIV e da sífilis. Embora todos os indicadores estejam relacionados ao acesso ao diagnóstico e ao tratamento, a UNAIDS afirma que o processo de validação da eliminação da TV deve considerar o respeito aos princípios dos direitos humanos.

Os dados apresentados sugerem que as políticas de testagem do HIV no pré-natal e parto e o acesso ao tratamento têm grande importância na redução da transmissão vertical no contexto nacional e global, contribuindo para garantir às PVHA o direito à reprodução segura (para os pais e para a criança). No entanto, a discussão sobre direitos sexuais e reprodutivos não deve se

restringir à dimensão programática, entendida aqui como a estrutura dos serviços e o preparo dos profissionais de saúde. Isto porque as decisões e práticas reprodutivas são conformadas por fatores de diversas ordens: macroestruturais, socioculturais, interpessoais e individuais, partindo-se da premissa de que o corpo está imerso em um universo socialmente mediado (CORRÊA E PETCHESKY, 1996).

Em outras palavras, o fato de as mulheres estarem sendo diagnosticadas com HIV no acompanhamento pré-natal (antes em algum momento da sua trajetória do que nunca) é uma conquista notável. No entanto, tal enfoque, dissociado de políticas de enfrentamento das desigualdades de gênero e de garantia dos direitos sexuais e reprodutivos, reforça um antigo problema, já amplamente discutido: a atenção à saúde das mulheres está fortemente vinculada (e, em muitos casos, restrita) à reprodução, especialmente ao evento da gravidez. A partir das trajetórias de vidas das mulheres entrevistadas na pesquisa “*Estigma, Aids e Reprodução*”, evidenciou-se que muitas delas tiveram mais acesso aos serviços públicos de saúde quando na condição de gestantes. Para Villela et al. (2007), em artigo sobre violência de gênero contra mulheres vivendo com HIV, a prioridade dada à criança em diversos programas e serviços de saúde em detrimento da mulher representa o não reconhecimento do status de cidadania das mulheres, constituindo-se, assim, em violência de gênero institucionalizada.

A ênfase na saúde do bebê pode ser observada ao longo do trabalho de campo da pesquisa supracitada. Em diversas situações cotidianas, as mulheres eram tratadas pelos profissionais de saúde como “mãezinha”, e não pelo nome; havia fotos de bebês nascidos “sadios” (sem HIV) nas paredes e murais dos consultórios, como forma de propaganda do serviço de PTV e de convencimento e sensibilização das mulheres sobre a necessidade do uso dos medicamentos. Esses recursos visavam a tranquilizar as gestantes que, em inúmeros casos, desconheciam a possibilidade de o filho nascer sem o vírus antes de chegarem àquele serviço especializado. Naquele momento (os dados foram coletados em 2013), a política de Tratamento como Prevenção (TcP) ainda não havia sido oficialmente implantada, embora já fossem perceptíveis sinais e recomendações médicas que tinham a ideia como base.

Complementando a discussão sobre a testagem no pré-natal, para a UNAIDS (2017c) essa estratégia é fundamental para a captação e facilitação do acesso dos parceiros das gestantes aos serviços de HIV/Aids. Ressalta-se, todavia, que apesar da integração “testagem/pré-natal” ser bem-sucedida em diversos países, alguns estudos na África apontam que a testagem reduzida a serviços clínicos pode limitar o acesso e a aceitação do teste entre os homens. Nesse sentido, são descritas táticas para o espraio da testagem e aconselhamento para as

comunidades, locais de trabalho e onde mais possam ser encontrados os homens, considerados um grupo “ponto cego” no controle da epidemia, por haver poucas políticas e programas voltados a eles. Para tanto, é preciso ter uma rede de serviços de saúde capaz de coordenar o cuidado das pessoas que forem diagnosticadas a partir dessas estratégias.

O presente estudo visa a aprofundar a análise dos diversos fatores envolvidos na prevenção da transmissão do HIV/Aids no contexto de relacionamentos heterossexuais e de reprodução, tendo por base as trajetórias de vida de seis casais grávidos vivendo com HIV/Aids. Por meio desse estudo, temos o propósito de reiterar que a Aids, como um fenômeno social, permite que sejam analisadas questões que vão muito além dos protocolos médicos, medicamentos e seus efeitos colaterais, tratamentos e exames. A complexidade e a diversidade de elementos envolvidos nesta epidemia – característica da maioria dos fenômenos relacionados à saúde – a tornam um importante meio (e fim) para compreender e lutar contra as iniquidades sociais, sobretudo no que se refere ao direito à saúde e à vida. Assim, a epidemia de Aids pode ser entendida como um marcador social, visto que expressa e aprofunda a desigualdade histórica da vida em sociedade e as inúmeras vulnerabilidades produzidas por nosso sistema socioeconômico, que determina quais vidas devem e merecem ser defendidas, cuidadas e tratadas.

## CAPÍTULO 1 – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A fim de apresentar os conceitos norteadores da pesquisa, a fundamentação teórica do estudo foi organizada em dois eixos. Inicialmente, abordam-se as ligações entre as normas sociais de gênero e a epidemia de HIV/Aids, com foco nas relações conjugais heterossexuais. O segundo tópico discorre sobre uma das questões fundamentais para as ciências sociais: as tensões entre estruturas e indivíduos. Esta dicotomia, ainda que fictícia, auxilia e orienta a análise das interações entre o processo de determinação social da epidemia de HIV/Aids e a capacidade de agência desses indivíduos em meio às estruturas colocadas.

### 1.1. CONJUGALIDADE, GÊNERO E A EPIDEMIA DE HIV/AIDS

A categoria “Gênero” não pode ser explicada sem que se estabeleçam alguns limites e relações entre ela e os conceitos de sexualidade e reprodução. Rubin (1975), no clássico trabalho *“The Traffic in Women”*, apresenta uma argumentação contrária às explicações essencialistas e determinísticas de que a sexualidade e a reprodução causavam a diferença de gênero. Apoiando-se em Rubin, Vance (1995) afirma que a sexualidade e o gênero são sistemas distintos, ainda que entrelaçados, sendo estas relações vivenciadas como naturais em muitas culturas. Segundo a autora, os estudos sobre gênero e reprodução, estimulados pelos movimentos feministas, trouxeram à superfície vários questionamentos quanto à essencialização e à naturalização da reprodução dos papéis de homens e mulheres; formulando-se a crítica ao determinismo biológico. Tal enfoque impulsionou o desenvolvimento da perspectiva da construção social do gênero, da reprodução e da sexualidade, assinalando que a sexualidade reprodutiva é apenas um dos elementos do universo sexual mais amplo.

Loyola (1999) complementa tal discussão ao salientar que o domínio da sexualidade pela medicina (com finalidades mais normativas que terapêuticas), sendo entendida neste campo como sinônimo de genitalidade e heterossexualidade, colaborou para a tendência em confundir e naturalizar a relação entre sexualidade e reprodução. Na sua visão, existem duas vertentes nas abordagens em torno destes temas: 1) *construtivista-autonomista*, que desfaz a relação entre sexualidade e reprodução, conferindo à sexualidade um status autônomo; 2) *construtivista-relacional*, que repensa as relações entre a sexualidade e aqueles domínios sociais a que esteve historicamente ligada, como gênero e reprodução. Este trabalho procura

seguir a segunda concepção ao refletir sobre sexualidade e reprodução no contexto da epidemia de Aids.

Vale ressaltar que o advento da Aids na década de 1980 colaborou para um incremento nos estudos sobre sexualidade e campos afins, além de ampliar o financiamento de pesquisas sobre tais temas. Inicialmente, houve incentivo ao ressurgimento de abordagens biomédicas sobre a sexualidade, acompanhadas pelo reforço em sua medicalização, havendo uma preocupação maior com a investigação sobre os atos sexuais do que com seus significados. Tais estudos abordavam os atos e práticas sexuais a partir da noção epidemiológica de risco, associando a sexualidade apenas a sua dimensão comportamental. O surgimento da Aids igualmente ampliou os estudos da vertente construtivista, pautados nos modelos de influência cultural, que se contrapunham às pesquisas biomédicas que tendiam à repatologização da sexualidade (VANCE, 1995; LOYOLA, 1999; PARKER, 2009).

A Aids também intensificou a discussão sobre a relação entre sexo e amor no campo científico. O desconhecimento ou a dificuldade de apreender empiricamente esta ligação é central para a formulação de políticas e programas voltados à prevenção da epidemia e para a formulação de protocolos de pesquisa mais adequados ao seu estudo. Guimarães (1996) identificou, a partir de entrevistas com mulheres de classes populares vivendo com e sem HIV, que a confiança no parceiro era a principal forma de prevenção do HIV/Aids entre elas. Diversos estudos posteriores, com diferentes grupos populacionais, apontam para a permanência do não uso dos meios de prevenção nos relacionamentos estáveis; prevalece a lógica de que o familiar protege e/ou da dispensa do preservativo como prova de amor e confiança (MONTEIRO, 2002; THEODORE *et al*, 2004; SAID E SEIDL, 2015). Este ponto remete à importância do estudo sobre os ideais de conjugalidade que norteiam as práticas sociais de indivíduos e grupos, com destaque para as sexuais.

As percepções e aspirações sobre os relacionamentos estáveis, incluindo o casamento, estão fortemente ancoradas, no senso comum, no ideal romântico e têm o sexo como um dos principais elementos (BOZON, 2001). Assim, os relacionamentos estáveis significam uma constante exposição às relações sexuais e, conseqüentemente, aos riscos de gravidez e de transmissão de infecções sexualmente transmissíveis, incluindo o HIV/Aids. Outrossim, o afeto envolvido neste tipo de relacionamento pode interferir diretamente nas medidas contraceptivas e preventivas adotadas por mulheres e homens, como já indicado.

Para Maksud (2007) o gênero influencia o modo como a soropositividade impacta nas trajetórias individuais de homens e mulheres heterossexuais, afetando principalmente a

conjugalidade e a sexualidade dos casais. A autora enfatiza que, nestes contextos, o gênero se impõe, com relativa preeminência, sobre outros aspectos associados à experiência da infecção pelo HIV/Aids. Assim, a conjugalidade, vivida pelos casais entrevistados, pode tornar as relações de poder entre homens e mulheres mais sutis e despercebidas, sobretudo nas situações em que os casais afirmam estar apaixonados e/ou fortemente vinculados à(o) parceira(o). Deste modo, a assimetria facilmente observável em determinadas situações sociais, como posição no mercado de trabalho, torna-se mais tênue no interior das relações conjugais em que os parceiros estejam relativamente envolvidos (MAKSUD, 2007).

Cabe pontuar que o conceito de gênero é entendido aqui como as expectativas sociais em torno dos papéis de homens e mulheres, considerando seu caráter relacional. Ou seja, a análise do gênero feminino pressupõe a necessidade de incorporação do masculino neste tipo de reflexão. Esta é uma das justificativas da escolha pela análise das trajetórias individuais e em parceria afetivo-sexual de homens e mulheres, no contexto da epidemia de HIV/Aids, a fim de compreender os impactos da infecção na vida do casal. Destaca-se que, nesta pesquisa, a categoria analítica “casal” se refere a homens e mulheres em um relacionamento afetivo-sexual, com projetos de vida em comum. Já o termo conjugalidade tem por base o conceito elaborado por Heilborn (2004), definido enquanto uma relação social baseada na mutualidade, que comporta determinado tipo de administração da sexualidade e da vida amorosa, ou seja, uma realidade em si que reúne os indivíduos em par.

Bourdieu contribuiu para as análises sobre gênero com sua obra “*A Dominação Masculina*” (2002), ao salientar que o domínio masculino sobre o feminino é uma das expressões de violência simbólica, facilitada pela incorporação da visão do dominante pelos dominados, que leva à naturalização deste tipo de violência. Segundo o autor, a dominação masculina contém, necessariamente, a submissão livre e voluntária, não sendo guiada ou explicada pelas razões e sim pelos esquemas de percepção, de avaliação e ação, constitutivos do *habitus*. Dito de outro modo, a assimetria de gênero (dominação masculina e submissão feminina) experimentada pelos indivíduos, assim como a heterossexualidade, são afirmadas, promovidas e reproduzidas pelas estruturas de dominação, sendo constantemente atualizada por agentes e instituições, tais como o Estado, a religião, a escola, dentre outros. A família, por exemplo, age por meio da divisão sexual do trabalho (mulheres são vistas como responsáveis pelo cuidado da casa e dos filhos); enquanto a religião enfatiza os valores morais ligados à família tradicional, na qual predomina a submissão da mulher ao homem (BOURDIEU, 2002; MAKSUD, 2007).

Nesta direção, Knauth *et al.* (1997) assinalam que, apesar do crescimento da epidemia de HIV/Aids entre mulheres na década de 1990, a maioria das entrevistadas que adquiriram o vírus em relações estáveis (maridos ou parceiros fixos) relatou surpresa e incredulidade ao saber de seu diagnóstico positivo. Em função dos estereótipos acerca do portador de HIV, elas não se identificavam com as mulheres consideradas de “alto risco” (prostitutas, múltiplos parceiros, usuárias de drogas injetáveis) e não culpavam os parceiros pela transmissão do vírus. Consideravam que eles não agiram intencionalmente, dado que os relacionamentos extraconjugais ou uso de drogas injetáveis, práticas que levaram à infecção pelo HIV, são percebidas como práticas constitutivas da identidade masculina. Ao trabalhar com mulheres com HIV/Aids de camadas populares, Guimarães (1996, 2001) destacou que uma acusação de transgressão moral (como solicitar que o homem use o preservativo e ser, por este pedido, interpretada como mulher “imoral”) pode ser mais difícil para as mulheres que o eventual risco de infecção.

Villela *et al.* (2007) apresentam argumentação semelhante ao afirmarem que a epidemia de HIV afeta as mulheres, dentre outras questões, em função: das dificuldades que elas enfrentam na negociação do sexo protegido, do estatuto de confiança e cumplicidade que rege as parcerias amorosas, da dependência financeira do parceiro e da dupla moral que rege os comportamentos sexuais de homens e de mulheres. Quer dizer, as desigualdades de gênero são determinantes macroestruturais das epidemias do HIV e da violência, enquanto a pobreza, o racismo e o moralismo sexual aparecem como determinantes conjunturais, operando de modo a agudizar seus efeitos.

Assim, as desigualdades de gênero e masculinidades estão fortemente associadas à transmissão do HIV. Estudos, em diversos contextos, demonstraram que mulheres com maior autonomia na tomada de decisões são mais propensas a negociar sexo seguro, têm maior conhecimento acerca do HIV e de métodos de prevenção da transmissão. Por outro lado, a violência ou o medo da violência impetrada por parceiro íntimo tem influência negativa sobre a capacidade de mulheres se protegerem contra a infecção, assim como interferem na adesão ao tratamento e, conseqüentemente, em sua carga viral (EL-BASSEL *et al.*, 2007; BARROS *et al.*, 2011). Outros estudos apontam que o aumento da frequência escolar pode contribuir para a diminuição do risco de meninas adolescentes adquirirem o HIV, dado que estar na escola reduz a possibilidade de casamento precoce e o estabelecimento de parcerias de risco. Ou seja, a maior escolaridade está associada à diminuição da prevalência do HIV e à adoção de comportamentos

mais seguros, além de oferecer a estas mulheres acesso à informação sobre sexualidade, reprodução e prevenção de IST e Aids (UNAIDS, 2017b).

As normas tradicionais de gênero, ainda que pesem de forma mais abundante sobre a vulnerabilidade das mulheres à infecção pelo HIV/Aids, exercem influência negativa também sobre os homens. Apesar das inúmeras vantagens sociais e econômicas que eles têm em relação às mulheres, os significados dominantes acerca da masculinidade favorecem processos de adoecimento entre os homens, na medida em que o domínio masculino e o mito da invulnerabilidade masculina legitimam comportamentos tidos como “de risco”, como exposição a situações mais violentas, dieta não saudável, acidentes automobilísticos, atividades do crime, uso de álcool, dentre outros. Além disso, pesquisas apontam que os homens buscam menos os serviços de saúde, que normalmente estão estruturados e organizados de maneira tal que contribuem para este afastamento masculino. Por estas questões, os homens tendem a ser diagnosticados tardiamente para várias condições que ameaçam sua vida (ADDIS e MAHALIK, 2003; BING et al, 2008; HAWKES e BUSE, 2013).

As normas masculinas de gênero variam, mas tendem a atribuir aos homens o papel de autoridade e a afirmar que eles são resistentes e independentes, assim como menos vulneráveis, fisicamente, que as mulheres. Para muitos homens, buscar a ajuda de um profissional de saúde conflita com o processo de socialização masculina, que defende a autossuficiência, a força física e o ocultamento das questões emocionais. Neste conjunto de regras tradicionais acerca da masculinidade, ainda se insere o grande valor atribuído à conquista sexual e ao controle das mulheres.

Cabe destacar que a adoção ou rejeição das normas tradicionais de gênero não está apenas no plano individual, como escolha. Elas são produzidas socialmente e estão impregnadas nos sistemas e instituições sociais, como escolas, mídias, cultura popular e dentro das redes de sociabilidade, como amigos, família e comunidade. Assim, a atuação para modificação desse conjunto de regras prejudiciais à saúde de homens e mulheres não deve focar apenas na mudança de comportamento do indivíduo, mas atuar em diversos níveis de complexidade a fim de estimular normas alternativas, mais adequadas à igualdade política e social entre os gêneros.

Com relação à produção acadêmica sobre Aids e mulheres no contexto das relações conjugais heterossexuais, vale registrar que uma busca bibliográfica na Biblioteca Virtual em Saúde (descriptor “mulheres e HIV) e no PubMed (descrito “*couple living with HIV*”) revela o foco dos estudos na prevenção da transmissão vertical. Ademais, foi observado que os artigos sobre a epidemia em mulheres no Brasil são menos frequentes na década atual, em comparação

à anterior (provavelmente seguindo as tendências epidemiológicas) e que nos estudos sobre casais, não necessariamente sobre HIV, predominam pesquisas com sujeitos das camadas médias. Para Silva (2014), a associação feita na literatura brasileira entre a conjugalidade e os ideais igualitários, ligados ao individualismo – assunto que será retomado na próxima seção – parece ancorar a escassez de literatura brasileira acerca da conjugalidade entre pessoas das camadas populares. Estudos com casais heterossexuais prevalecem em regiões onde a epidemia da HIV/Aids é entendida como espalhada na sociedade, como na África subsaariana.

Os argumentos apresentados apontam como as estruturas sociais e as normas sociais de gênero conformam as relações conjugais heterossexuais e impactam na vulnerabilidade das mulheres ao HIV/Aids. Porém, chama a atenção o fato de que na literatura recente sobre a epidemia prevaleça o tema da transmissão da prevenção vertical, em detrimento de estudos sobre direitos sexuais e reprodutivos e as condições de vulnerabilidade ao HIV nas relações heterossexuais.

## 1.2. ESTRUTURAS E INDIVÍDUOS: CONDICIONANTES SOCIAIS E AGÊNCIA

A perspectiva da construção social da sexualidade e a discussão sobre gênero remetem diretamente a uma das tensões fundamentais das ciências sociais: a relação entre sociedade e indivíduo. Ortner (2007) situa esta tensão sob a ótica de diversas escolas (funcionalismo, marxismo, estruturalismo, interacionismo, interpretação das culturas, teoria da prática). Com ênfase na Teoria da Prática, a autora problematiza a noção de agência, indicando seus dois campos de significado. Em um está a intencionalidade das ações e do investimento em projetos. No outro, a agência teria relação com poder, tendo em vista que o agir se dá em um contexto desigual de forças sociais, podendo refletir resistência ou dominação, o que é central para este estudo. Villela *et al.* (2007) afirmam que as desigualdades de gênero, por exemplo, colocam homens e mulheres em lugares distintos para ação. No entanto, isto não significa vitimização das mulheres, o que as desconsidera como sujeitos potenciais de atuação.

Apesar de todas as mediações feitas por Ortner (2007), a discussão central que a noção de agência suscita é a de que existe um indivíduo universal, racional e que age intencionalmente, prevendo determinados fins e projetos. Assim, “agência” parece um conceito mais adequado aos grupos sociais que se aproximam da cultura individualista. Ainda que existam estes limites no uso de “agência”, tal conceito foi operado neste estudo a partir das

imperativas mediações, tendo em vista seu potencial de identificar como as decisões e práticas relacionadas à sexualidade, à sociabilidade e ao enfrentamento/convivência com o estigma da Aids – inicialmente tomadas como individuais – são influenciadas pelo lugar social que os sujeitos ocupam.

A opção por investigar casais vivendo a experiência de uma gestação no contexto da Aids fundamenta-se, ainda, na literatura antropológica que, baseada em Louis Dumont, defende que as camadas populares possuem uma racionalidade própria, o holismo, em que há precedência do todo sobre as partes, ao contrário do individualismo. Assim, nestes grupos, a família é um valor estruturante de suas concepções, orientando suas práticas e seu sistema interpretativo do seu lugar no mundo (HEILBORN, 2004; DUARTE E GOMES, 2008).

Destaca-se que a perspectiva de Louis Dumont questiona a suposta universalidade da ideia moderna de indivíduo, fundamentada pelo modelo liberal da ideologia do individualismo, em que os sujeitos manifestam desigualdades, em parte, devido à responsabilidade individual. Esse questionamento fundamenta as críticas ao modelo de políticas de saúde, centrado na culpabilização do indivíduo e focado nas categorias “indivíduo” e cidadania”, não compartilhadas por todas as classes sociais. A não universalidade do indivíduo racional é abordada por Corrêa e Petchesky (1996), no âmbito da discussão sobre direitos sexuais e reprodutivos, entendidos aqui para além do pensamento individualista, na medida em que estão vinculados aos direitos civis e políticos:

*“Definimos o terreno dos direitos sexuais e reprodutivos em termos de poder e recursos: poder de tomar decisões com base em informações seguras sobre a própria fecundidade, gravidez, educação dos filhos, saúde ginecológica e atividade sexual; e recursos para levar a cabo tais decisões de forma segura”*  
(CORRÊA E PETCHESKY, 1996, p.149)

Entretanto, a maioria das políticas públicas de saúde, principalmente aquelas voltadas à prevenção de doenças, insiste em focar exclusivamente na responsabilidade individual pela saúde e na mudança de comportamento. Esta questão foi tratada por Bastos (2002), quando indica a diferença da construção da individualização e da ideia de cidadania nos Estados Unidos e no Brasil, no início da epidemia de Aids.

Salem (2007) faz sólida reflexão sobre as concepções, valores e práticas de mulheres e homens de camadas médias relativas aos temas da conjugalidade, da maternidade e da paternidade. Apesar de baseada em pesquisa datada da década de 1980, sua análise fornece marcantes elementos para a compreensão do modo com que a posição de classe, conjugada à

configuração moral, modula os significados e práticas associados a eventos como a gestação e a infecção pelo HIV, ainda que o estudo não se remeta à epidemia da Aids. A autora usa o termo “camadas médias” seguindo uma tradição iniciada por Gilberto Velho, que avalia o conceito de classe como insuficiente para esclarecer as diferentes visões de mundo presentes nestes segmentos. Segundo esta corrente, é necessário considerar o código moral de um grupo a fim de compreender sua identidade, pois este conjunto de valores seria o que estabelece mais claramente as fronteiras entre os segmentos sociais, inclusive entre aqueles que desfrutam de uma mesma posição de classe. Ademais, a noção de camadas prevê, ainda, a incorporação de qualidades culturais já no recorte das identidades sociais a serem estudadas. Com base na reflexão de Velho sobre o sentido do uso do termo “camadas”, buscou-se identificar os princípios estruturantes comuns ao grupo pesquisado no presente trabalho.

De acordo com Guimarães (1996), as mulheres de camadas populares, integrantes de seu estudo, apresentaram representações sobre o mundo mais distantes da ideologia individualista que as dos homens, em função do valor que elas atribuem à reprodução, ao cuidado do lar e do parceiro. A família torna-se um todo que preexiste e se impõe como único eixo de referência para todas as suas relações e, em especial, para as relações de gênero que envolvem sexualidade, amor e seus cuidados. O risco de perda de uma identidade social digna, devido ao rompimento de seus laços afetivos e sexuais de referência, era central para aquelas mulheres. E é contra o risco dessa perda e de seu único atributo positivo de status que elas tentam se prevenir.

Ainda sobre a identidade social das PVHA, fortemente vinculada ao estigma da Aids, Knauth (1997) discute a percepção da Aids como doença do outro, já que a maioria das pessoas não se identifica com a imagem construída historicamente acerca do portador de HIV. O diagnóstico positivo para HIV desafia a manutenção de sua identidade social e o afastamento do outro, distante geográfica ou fisicamente. A Aids ameaça os valores que estruturam tanto a organização social como a identidade dos membros dos grupos populares, como a maternidade e as relações consanguíneas. Quando o diagnóstico ocorre durante a gestação, preocupações como as visitas frequentes ao serviço de saúde após o parto e a interdição da amamentação representam possibilidades de seu status sorológico ser descoberto em seu meio social. A opção pelo silêncio e não compartilhamento do diagnóstico está intimamente relacionada ao receio do estigma do HIV/Aids, assim como se constitui em uma tentativa de manter sua identidade social afastada de qualquer suspeita (MONTEIRO et al, 2016 a e b).

Portanto, sendo a conservação de seu status social o principal interesse das mulheres vivendo com HIV, a identidade de portadora do vírus pode permanecer secundária e acionada apenas em certos locais, como os serviços de saúde. Ademais, essa identidade pode ser entendida como artificial, dado que é determinada por um diagnóstico médico que não corresponde à percepção que as mulheres possuem de seu estado. Em outros casos, assim como Villela *et al.* (2007) apontam, o HIV aparece para muitas como apenas mais um problema em uma vida já marcada por dificuldades. Logo, Knauth (1997) defende que a identidade de portadora do vírus é relacional e circunstancial.

Cabe salientar que o recorte de classe não foi previsto inicialmente na pesquisa. Porém, os seis casais entrevistados situam-se nas camadas populares, tanto por sua renda quanto pelo predomínio de noções holistas no conjunto de valores. Como alerta Silva (2014), tal enfoque considera a diversidade de modelos conjugais existentes entre os “tipos ideais” holista e individualista. Eles podem variar em graus entre um casal como uma unidade fechada, mais centrado em sua dinâmica interna; até uma díade em que as relações externas estabelecidas – como com a família extensa e amigos – exerçam grande influência sobre ela.

Abordar os processos de construção da identidade das mulheres vivendo com HIV/Aids e de seus parceiros parece ser uma rica estratégia para pensar a conjugalidade no contexto do HIV/Aids e de casais heterossexuais de camadas populares que (con)vivem com a infecção. Tal enfoque está orientado pelo pressuposto de que as identidades sociais das PVHA estão intimamente relacionadas ao modo com que elas cuidam de si e se percebem enquanto portadoras de uma doença crônica, com forte estigma associado (ou como parceira/o de alguém com HIV/Aids) e como esta identidade afeta a relação afetivo-sexual e a sociabilidade dos indivíduos e da unidade “casal”. Além deste nível intersubjetivo, a identidade social parece exercer influência direta sobre o acesso destas mulheres e dos parceiros aos serviços de saúde e/ou a organizações de apoio às PVHA.

Cabe enfatizar os papéis complementares e também contraditórios que os serviços de saúde podem ocupar. Ao mesmo tempo em que oferecem cuidado às PVHA, exercem controle sobre suas vidas, incluindo o campo da sexualidade. Vance (1995) destaca o crescente interesse do Estado em regular a sexualidade, sobretudo a partir do declínio do controle exercido pela religião sobre esta dimensão da vida, que atualmente encontra-se novamente em ascensão. Assim, a área da saúde aparece com uma das principais arenas de intervenção estatal na sexualidade, na qual os médicos e cientistas são atores centrais dos discursos voltados a sua

regulação, o que remete à clássica obra de Foucault (2014), “*A História da Sexualidade I: a vontade de saber*”.

O interesse pela regulação e pela normatização da sexualidade pode ser entendido a partir de Loyola (1999), que afirma que a reprodução biológica é um elemento central da reprodução da sociedade. A autora argumenta que a manutenção do padrão tradicional de instituições como a família e o parentesco depende da canalização ou do controle social do erotismo. Além disso, entende o sexo como ambíguo: por um lado, é um instrumento poderoso de criação de vínculos sociais e, por outro, representa uma constante ameaça às regras socialmente estabelecidas.

Por fim, vale ressaltar que o Brasil enfrenta um marcante retrocesso em relação às políticas de gênero e sexualidade, vinculado à expansão e ao fortalecimento das visões conservadoras e moralistas na sociedade brasileira. A concentração de poder, através da política eleitoral, em grupos religiosos dogmáticos e sua relação promíscua com o Estado, interferindo diretamente em sua laicidade e, conseqüentemente, em suas políticas, é um dos exemplos das ameaças às políticas progressivas relacionadas aos temas indicados.

As políticas públicas em campos mais sensíveis à moralização, como gênero, direitos sexuais e reprodutivos, HIV e Aids e educação em sexualidade, estão sendo negativamente afetadas por esta onda conservadora. Podem ser citados diversos exemplos: suspensão da distribuição na rede pública de educação de um kit de 13 vídeos educativos sobre diversidade sexual (2011); censura, pelo ministro da saúde, do *spot* da campanha de prevenção do HIV que seria lançado no carnaval, com foco na população de jovens HSH (2012); censura da campanha de prevenção do HIV voltada para prostitutas, tendo algumas destas profissionais como protagonistas da campanha (2013); pouca presença de mulheres nos cargos do primeiro escalão do governo de Michel Temer (2016), sendo que uma das únicas representantes, que havia assumido a Secretaria de Políticas para Mulheres, era evangélica e se manifestou contra o aborto, ainda que em casos de estupro (2016). Além disso, um projeto de lei de criminalização da transmissão do HIV, datado de 2001, foi desarquivado e colocado rapidamente em trâmite em 2015. Tal processo foi contido em função da mobilização contrária ao projeto, envolvendo sociedade civil, instituições nacionais e internacionais vinculadas à luta pelos direitos das PVHA (CORRÊA, 2016).

Este contexto interfere diretamente no cotidiano das PVHA e pode reforçar o estigma relacionado à epidemia, favorecendo a violência e a discriminação contra esta população. No âmbito das relações heterossexuais estáveis, universo deste estudo, o moralismo e as ideias

conservadoras sobre os papéis de homens e mulheres associados à centralidade do conceito de “família tradicional” tendem a ampliar as desigualdades de gênero.

## CAPÍTULO 2 – METODOLOGIA

A perspectiva metodológica, caracterizada pelo enfoque socioantropológico, tem como base o percurso definido na pesquisa “*Estigma, Aids e Reprodução*”. Como assinalado na introdução, o material empírico referente às entrevistas realizadas com os seis parceiros das GVHA que concordaram em participar do estudo ainda não havia sido explorado. Além da disponibilidade destes dados, há uma carência de discussões acerca da epidemia de HIV/Aids em contextos de relacionamentos heterossexuais estáveis que abarquem a visão de mulheres e de homens de camadas populares brasileiras. Assim, este estudo objetivou identificar as mudanças e permanências na vida de seis casais a partir do diagnóstico da infecção por HIV em ao menos um dos cônjuges, considerando a influência das normas tradicionais de gênero e das situações de exclusão social sobre as decisões e formas de convivência com o HIV/Aids. O estudo representa, portanto, um desdobramento do caminho metodológico traçado pelo grupo de pesquisa do qual fiz parte e havia participado das etapas de construção do projeto, do trabalho de campo (entrevistas e observação participante), da categorização e da análise dos resultados, a fim de responder ao objetivo do estudo mais amplo.

A abordagem e os procedimentos metodológicos de coleta e análise de dados estão fundamentados nas contribuições dos estudos socioantropológicos ao campo da saúde (LUZ, 2011). Tal enfoque valoriza o caráter subjetivo e interpretativo de aspectos da vida social e favorece a análise das relações existentes entre os sistemas culturais, as hierarquias sociais e o acesso a bens materiais e simbólicos na conformação dos processos de vulnerabilidade social e da saúde dos indivíduos e grupos sociais (DELOR E HUBERT, 2000). Buscou-se analisar os significados que os sujeitos atribuíam à infecção, às relações conjugais e, em virtude da condição de “casais grávidos” no momento da pesquisa, à maternidade/paternidade, sem esquecer as redes que articulam essas interpretações aos condicionantes sociais.

Para tanto, partiu-se da análise das trajetórias, dos sujeitos e do casal, sobretudo das mudanças e permanências em suas biografias, tendo como marcos o diagnóstico de HIV/Aids e o início do relacionamento atual. A escolha pela análise de trajetórias de vida está pautada nas contribuições de Velho (1987), cujo uso na pesquisa em saúde é justificado por Villela e Barbosa (2017). As autoras destacam que, em função da complexidade dos temas desse campo, o constructo “trajetórias” favorece a compreensão acerca dos significados que alicerçam decisões e práticas relacionadas à saúde ao longo da vida de um indivíduo ou grupo, tanto pelo ponto de vista de suas narrativas quanto pela análise de seus condicionantes.

A adoção de tal estratégia é particularmente apropriada para a análise das implicações do HIV/Aids na vida de casais heterossexuais grávidos e nas estratégias e modos de convivência com a infecção. A notícia do diagnóstico positivo para HIV/Aids da(o) parceira(o) tende a afetar fortemente, ao menos inicialmente, as dinâmicas conjugais e a sociabilidade destes casais, por diversos motivos: 1) a maioria das mulheres e homens heterossexuais em relacionamentos estáveis não se identifica com os grupos e comportamentos considerados de maior risco para a aquisição do vírus, o que dificulta sua percepção de risco e uso de proteção; os aspectos da vida sexual e reprodutiva se alteram, seja pela necessidade de uso do preservativo ou pelo temor de transmissão para o parceiro ou para o recém-nascido, entre aquelas já infectadas (VILLELA E BARBOSA, 2017). Assim, o diagnóstico impõe uma série de questões, decisões e enfrentamentos à díade, que são melhores analisados a partir de um estudo de trajetória de vida.

Teve-se o propósito de relacionar, em alguma medida, o estruturalismo e o interacionismo simbólico, a fim de compreender como os indivíduos atuam e se relacionam. Isto significa que foi considerando o peso e os limites estabelecidos pelas estruturas sociais, assim como a dimensão intersubjetiva das representações e comportamentos dos sujeitos, que sempre são influenciados pela presença (ou ideia, expectativa) de um outro. O constructo “trajetória” contribuiu para este tipo de foco.

#### *Universo de estudo*

Apesar de a pesquisa maior ter sido realizada em dois serviços de saúde federais, situados no estado do Rio de Janeiro, apenas naquele localizado na capital fluminense foi possível entrevistar as GVHA e seus parceiros, em virtude da disponibilidade destes em participar da pesquisa. Este dado, associado às conversas com os profissionais de saúde, sugere, como será abordado na seção de discussão, que este serviço lança mão de mais estratégias de envolvimento dos parceiros ao longo do atendimento pré-natal.

No departamento ambulatorial investigado, referência na PTV do HIV, são ofertados o acesso à TARV, exames, consultas ambulatoriais e orientações acerca da relação entre adesão ao tratamento e aumento das perspectivas de vida da mulher e da criança. No local, há uma equipe multidisciplinar (infectologista, obstetra, psicóloga/o, enfermeira(o), técnica/o de enfermagem e assistente social) e o desenvolvimento de ensaios clínicos em parceria com organizações nacionais e internacionais, o que, de modo simplificado e em uma primeira análise, favorece a ampliação da equipe, o intercâmbio de informações atualizadas e a qualificação dos profissionais. Ainda que isto represente desafios de diversas ordens, inclusive

éticas. Assim como citado, este serviço localiza-se no centro da cidade do Rio de Janeiro e atende a usuários residentes em qualquer bairro e também em municípios vizinhos.

O estudo mais amplo envolveu observação na sala de espera e entrevistas individuais com 29 GVHA (15 de um serviço e 14 do outro). O roteiro que norteou as entrevistas, apresentado no apêndice I, abordou: 1) Perfil sociodemográfico; 2) Apoio social e do aparato jurídico/legal, discriminação e violência; 3) Sexualidade: histórico das interações afetivo-sexuais; 4) Saúde e DST/Aids; 5) Motivações e efeitos da testagem para HIV; 6) Reprodução: histórico da gravidez atual, de gravidezes anteriores e de aborto; 7) Métodos contraceptivos e preventivos; 8) Histórico de interação com os serviços de saúde; e 9) Experiências enquanto gestante ou parceiro vivendo com HIV/Aids e adesão à TARV.

O critério de inclusão das GVHA foi: estar grávida, ter diagnóstico positivo para o HIV, ser maior de 18 anos e concordar em assinar o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). A todas as GVHA foi solicitada autorização para contatar seus parceiros para realização de uma entrevista-espelho sobre os mesmos temas. Das 29 GVHA entrevistadas, 24 afirmaram ter parceiro no momento da entrevista. Entre estas, 10 não autorizaram o contato com eles; cinco permitiram, mas um parceiro se recusou; e os demais não foram encontrados nos telefones informados. Nove GVHA estavam acompanhadas dos parceiros quando foram contatadas no serviço pelas pesquisadoras.

Dos nove casais consultados, um parceiro não quis participar, mas aceitou observar a entrevista da parceira por sugestão dela e oito concordaram em conceder entrevistas individuais no próprio serviço. Em um casal, a entrevista da gestante ficou incompleta, mesmo após diversas tentativas para concluí-la, sendo, por fim, descartada.

As entrevistas com as 29 gestantes e os sete parceiros foram gravadas e realizadas individualmente nas salas de atendimento do serviço por mim, Priscilla Soares e Adriana Pinho, no período entre abril e junho de 2013, com duração entre uma e duas horas cada uma. Guiada pelo métodos de análise de conteúdo (BARDIN, 2011) e também pelas orientações acerca da interpretação dos significados sociais propostas por Becker (1994), com auxílio do programa MaxQDA 11.0®, após a transcrição e leituras exaustivas, a equipe do projeto *Estigma, Aids e Reprodução* organizou e codificou o conteúdo das entrevistas, a partir da identificação de categorias de análise, associadas aos temas e questões definidas pelo estudo, com o objetivo de revelar os núcleos de sentido que expressam os significados das narrativas.

Esse processo resultou em um banco de dados do referido projeto, cuja consulta nos permite reconstruir as trajetórias dos informantes, tendo por base o marco temporal (antes e

depois da descoberta e revelação do diagnóstico positivo para HIV e antes e depois do encontro afetivo-sexual do casal), bem como as seguintes categorias de análise: 1) dados socioeducacionais (classe, cor, trajetória escolar, locais de moradia, condições familiares, relação com pais e irmãos, apoios recebidos ao longo da vida); 2) relações afetivo-sexuais e reprodutivas (iniciação sexual, relações com parceiros esporádicos ou fixos, carreira reprodutiva e uso de métodos contraceptivos e preventivos); 3) acesso aos serviços de saúde e sua relação com eles, focando, sobretudo, no papel destas instituições nas decisões e práticas reprodutivas dos indivíduos e, atualmente, do casal.

Frente ao recorte proposto nesta tese, foram priorizados os depoimentos das gestantes e de seus parceiros que, no momento da investigação, mantinham relações afetivo-sexuais. Durante a realização da entrevista com o acompanhante da gestante de um dos sete casais, foi evidenciado que eles haviam rompido o relacionamento afetivo-sexual desde a descoberta da gravidez, não tendo projetos de vida em comum para além do sustento e educação da filha. Deste modo, foram analisados os dados dos 12 depoimentos dos seis casais, todos coletados em apenas um dos serviços investigados: aquele situado na região central da capital fluminense.

Para garantir o sigilo acerca das identidades dos sujeitos da pesquisa, foram-lhe atribuídos nomes fictícios. Cada díade recebeu um número (casal 1, 2, 3, 4, 5, 6) e foram escolhidos nomes com as mesmas iniciais para os membros do mesmo casal, seguindo a ordem alfabética. Assim, tem-se: casal 1 – Alice e Artur; casal 2 – Beatriz e Benício; casal 3 – Cláudia e Carlos; casal 4 – Daniela e Dionísio; casal 5 – Elisa e Eduardo; e casal 6 – Flávia e Fernando.

Em relação aos demais aspectos éticos, o estudo mais amplo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Oswaldo Cruz (CAAE 07820512.0.0000.5248) e pelo CEP dos hospitais envolvidos na pesquisa, que abrigavam os dois serviços de saúde de referência no atendimento a GVHA. A atual pesquisa também foi submetida e aprovada pelo CEP da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (CAAE 73846117.9.0000.5240).

### CAPÍTULO 3 – (RE) CONTANDO A TRAJETÓRIA DOS CASAIS

Os resultados da pesquisa foram organizados em torno da análise da trajetória de seis casais heterossexuais, com foco no período após a revelação do diagnóstico de infecção pelo HIV da parceira, no que tange às relações afetivo-sexuais, à rede de sociabilidade (amigos, familiares, grupos sociais) e às medidas de prevenção de DST/Aids e de (anti)concepção. Tendo o casal como unidade analítica, apresentaremos as trajetórias de cada díade, com base nas categorias de análise, definidas à luz dos objetivos, da literatura e das leituras exaustivas das entrevistas, quais sejam:

- *Inscrição sociocultural dos indivíduos e do casal*, a fim de explorar o peso das condições estruturais, incluindo as hierarquias de gênero, e as possibilidades (e limites) de agência frente a estes condicionantes;
- *Encontro e estabelecimento do vínculo conjugal atual*, para compreender os valores relacionados a este tipo de relacionamento, as expectativas de gênero e as relações entre o contexto de encontro do casal e as redes de proximidade;
- *Entrada do HIV/Aids nas vidas individuais e do casal*, a fim de contextualizar e analisar o momento de descoberta do diagnóstico e suas implicações (reações, significados atribuídos, processo de compartilhamento do diagnóstico com o parceiro, relação com os serviços de saúde, estratégias para lidar com o estigma associado à infecção no universo conjugal, implicações dos significados atribuídos à maternidade e à paternidade nesse processo);
- *Implicações do HIV/Aids nas dinâmicas conjugais*, para compreender como valores atribuídos ao HIV, ao gênero, à conjugalidade, à maternidade e à paternidade – assim como a apropriação do discurso biomédico – orientam as decisões e práticas dos sujeitos da díade nas relações afetivo-sexuais, reprodutivas e preventivas;
- *Gerenciamento da condição sorológica na rede de sociabilidade*, reconhecendo formas de apoio social disponíveis aos casais e as estratégias de enfrentamento do estigma associado à infecção por HIV.

### 3.1. CASAL 1 – ALICE E ARTUR

As trajetórias sociais de Alice e Artur apresentam semelhanças, dado que são marcadas por condição socioeconômica precária, baixa escolaridade, pouco acesso aos serviços de saúde, ausência do pai biológico desde a infância, grande admiração pela mãe, numeroso grupo de irmãos maternos, pouca referência à religião e valorização da maternidade/paternidade como possibilidade de recomeço da vida e/ou rompimento com certas obrigações com a família de origem, com quem ambos têm uma ligação intensa e imbricada. O casal é visto e se vê como uma extensão dos vínculos familiares anteriores. Predominam valores ligados a uma cultura mais holista, ainda que sejam evidentes alguns traços individualistas (SALEM, 2007).

Alice se autodeclarou negra, tem 21 anos, reside com mãe, padrasto e sete irmãos no subúrbio carioca e estudou até a quinta série do ensino fundamental. Afirmou que interrompeu definitivamente a vida escolar aos 18 anos, após idas e vindas, em virtude dos transtornos e limitações gerados pelos sintomas de duas gravidezes perdidas espontaneamente, fruto de dois relacionamentos anteriores. Seu relato aponta que a falta de apoio da equipe escolar, da família e a distância da escola foram determinantes para a evasão:

*Por que você parou de estudar? Você se lembra das razões que te fizeram parar? Ah... foram as gravidez que eu tive antes, que eu até perdi... Não tava dando, foi aí que eu parei de estudar... Toda vez que eu ia pra escola estudar eu começava a passar mal. Aí tinha que ficar saindo da sala porque eu não aguentava ficar dentro do colégio. Aí foi isso... Você tinha quantos anos quando você abandonou por conta da gravidez? 17 anos. E na época, assim, em relação aos seus pais, seu padrasto e sua mãe, eles opinaram ou falaram alguma coisa sobre você largar a escola? Não, até na época, eles achavam melhor parar. Porque qualquer dor ou mal-estar que eu sentia era motivo para as professoras ou diretora me mandarem pra casa. Que eu não aguentava ficar na sala estudando... Eu chegava na hora certa no colégio, mas não demorava muito e eu era mandada de volta pra casa... Eu era uma das melhores alunas do colégio, mas começava a enjoar e passar mal, não aguentava... Eu ficava vendo tudo rodando, aí ligavam pra minha mãe me buscar. Além disso, na escola onde eu estudava tinha uma ladeira e ficar subindo... Não dava, não era muito perto da minha casa (Alice, casal 1).*

O fato de ser a mais velha do conjunto de oito irmãos e, ainda na infância, ter assumido o cuidado com eles e com as tarefas domésticas, ocupações que mantinha até aquele momento, também parece ter contribuído para a evasão escolar.

*Você cuida dos seus irmãos? Eu que sou a mãe deles. Desde quando eles nasceram... Quais eram as suas tarefas dentro de casa em relação a eles? Ah, fazia tudo. Tudo. Mas ela [mãe] nem precisava mandar não. Eu era a única que fazia as coisas dentro de casa, cuidei até do [irmão] de 3 anos agora. Na verdade, até o de 19 anos eu cuidei, de pequeno até agora. E o que você achava disso? Ah, numa boa, eu não ligava não, gostava de cuidar de criança (Alice, casal 1).*

Ademais, Alice percebia-se como a única responsável por zelar pela saúde da mãe, com quem tinha uma forte ligação afetiva e que lhe oferecia apoio incondicional. O compromisso com o cuidado da mãe foi um dos motivos apresentados por ela para continuar a coabitar com a família de origem, mesmo após o nascimento do bebê, previsto para dali a cinco meses.

[...] eu sempre gostei de morar com meus pais mesmo. Até pra ficar do lado da minha mãe, ajudar ela... Ela tem pressão alta. Qualquer coisa que acontece eu to perto. Daquela casa só eu mesmo que tenho cuidado com a minha mãe, mais ninguém (Alice, casal 01).

Até aquele momento, ela não havia exercido atividade remunerada, embora tivesse buscado, nos últimos anos, uma ocupação fora do lar. Contudo, menciona que a condição de gestante havia dificultado ainda mais o ingresso no mercado de trabalho. Assim, sem renda própria, estava contando com a ajuda financeira do padrasto (único que exercia trabalho remunerado no núcleo familiar, sendo o responsável em prover a esposa, mãe de Alice, e seus oito filhos, dos quais apenas dois eram seus filhos biológicos) e do atual parceiro.

O fato de o parceiro ajudá-la financeiramente e suprir, de forma espontânea, algumas de suas necessidades materiais, era um dos diferenciais positivos de Artur em relação aos seus parceiros anteriores.

*Você disse que teu parceiro às vezes te dá uma ajuda. Essa ajuda é porque você cobra dele ou ele dá espontaneamente? Não... Ele não é como os outros namorados que eu tive, mão fechada... Ele dá o que tem que dar. Comigo é mão aberta (Alice, casal 1).*

Artur era um rapaz de 18 anos, tímido, de fala simples e sucinta, que se percebia como moreno. Residia com um dos dez irmãos na casa própria de sua mãe, em São João de Meriti, na Baixada Fluminense. Sua mãe morava em local próximo e era responsável, diariamente, pelas tarefas domésticas na casa em que habitavam os filhos. Ele cursou até a sétima série do ensino fundamental, mas cessou os estudos a fim de trabalhar e complementar a receita da família. Mesmo enquanto frequentavam a escola, Artur e os irmãos, durante a infância, já trabalhavam vendendo doces em sinais de trânsito.

*Você começou a trabalhar com quantos anos? 16. Não, eu comecei a trabalhar desde criança. Eu vendia doce na rua. [...] Toda a família começou vendendo doce, aí eu comecei a vender doce também, aí eu vendia e ia pra escola, vendia e ia pra escola. Eu estudava de manhã, chegava da escola, almoçava e ia trabalhar. Aí eu arrumei um trabalho melhor e agora eu me acostumei com esse agora, de transportadora, aí tive que largar o colégio pra trabalhar (Artur, casal 1).*

À época da entrevista, Artur estava trabalhando informalmente (sem carteira assinada) em uma transportadora, no município vizinho, Duque de Caxias, seis dias por semana, em uma

rotina cansativa de deslocamento e trabalho. Apesar disso, o entrevistado define suas atividades como “leves”. Sua renda era de pouco mais de um salário mínimo (SM), com a qual se mantinha, além de ajudar ao irmão, à mãe e, desde a descoberta da gravidez atual, à parceira. Classifica sua condição financeira atual como “*tranquila, até demais*”. Essa avaliação, apesar da baixa renda, parece estar pautada no fato de, no presente, ele ter um local para morar, não vivenciar a fome e conseguir auxiliar financeiramente sua mãe.

A casa é dela [mãe], só que ela mora com meu padrasto, aí quem fica lá sou eu e meu irmão. Ela só vai lá, faz comida, arruma a casa, enquanto a gente ta trabalhando. Aí nós dá nosso jeito lá, com fome nós não fica. Nós gasta pouco. Nós recebe, nós dá o dinheiro a minha mãe, aí quando eu to com dinheiro eu vou pra casa da Alice... Aí fico na casa da Alice, depois eu volto. Aí volto pra trabalhar de novo, aí tem que ralar de novo. Esperar a outra quinzena pra ganhar de novo e dar o dinheiro pra coroa de novo (Artur, casal 1).

Em relação à vida do casal, havia uma expectativa de ambos em torno da formalização do vínculo empregatício de Artur, sobre a qual a díade fazia alguns projetos de vida.

Agora tenho que contar [*financeiramente*] com ele. *Ele quem?* O pai da criança. *E ele te ajuda?* No momento ele não tá ajudando muito não, porque esse trabalho que ele tá agora não tem carteira assinada. Mas aos poucos vai, até ele começar a trabalhar de carteira assinada, aí vai ficar tudo bem... (Alice, casal 1)

Artur afirmou não ter religião, mas frequentava, ocasionalmente, os cultos da Assembleia de Deus. Este não foi um tema recorrente nas falas desse casal, ainda que possa exercer influência em suas vidas cotidianas. Os dois estavam namorando havia sete meses, o que já representava o relacionamento mais longo que ambos experimentaram. Conheceram-se a partir de uma rede de proximidade: o ex-namorado de Alice era primo de Artur. A motivação para o enlace foi inusitada. Segundo relato da díade, após o fim do relacionamento anterior de dela, em virtude do comportamento infiel do antigo parceiro, Alice, como “vingança”, tomou a iniciativa de estabelecer contato com Artur e demonstrar interesse afetivo-sexual por ele.

Eu já conhecia ele já fazia muito tempo. Ele é primo de um ex-namorado meu, que me sacaneou. Aí eu fiquei com ele só pra provocar... E acabou que a gente ficou junto (Alice, casal 1).

Eu conheci ela através do meu primo, meu primo que namorava ela. Aí ele começou a sacanear ela também... *Como?* [...] Vou te explicar: chifrava ela, mas só que como eu e meu primo era amigo, eu não contava pra ela. Mas só que eles terminaram, ficaram um bom tempo sem se falar, aí teve certo dia que ela me ligou, aí ela foi e falou que quando ela tava com primo, ela não queria ta com ele, ela queria ta comigo. Aí eu fui e falei: “então vem pra cá, pra casa” (Artur, casal 1).

Quanto às motivações para manutenção da relação, Alice destaca que Artur rompe com o perfil dos rapazes com quem se relacionava (envolvidos em atividades criminosas e ciumentos, que cerceavam sua liberdade), tendo como principais qualidades ser trabalhador, sincero, ajudá-la financeiramente e apoiá-la na gestação. Para Artur, o fato de sua família conhecer Alice antes do relacionamento (e contar com certa aprovação), já que ela havia namorado seu primo, foi um dos fatores que o motivou a estabelecer o vínculo. Ademais, após a notícia da gravidez, ele indicou que a parceira assumiu uma função central na sua vida, por realizar seu sonho de ser pai, um elemento marcante para esta análise, que será retomado outras vezes.

[...] *Qual diferença desse parceiro em relação aos outros?* Ele trabalha, não se mete em bandidagem. [...] Vira e mexe ele me liga, quando dá um intervalo, pra dizer o que ele vai fazer, como tá o trabalho dele. Ele conta tudo que acontece na vida dele. Ele é muito sincero (Alice, casal 1).

[...] *Você já teve outro namoro?* Esse foi o mais longo, os outros foram tudo piores. *Por quê?* Namorado ciumento demais, eu também era, então não dava certo não! Durava meses, às vezes até mais, mas não dava certo. [...] Ah, eu não aguento homem ciumento não, que fica grudado no meu pé... Aí eu terminava (Alice, casal 1).

Minha família já conhecia ela, a família todinha já conhecia ela, aí foi né. Aí minha família já conhecia ela, só que eu não conhecia a família dela não. Eu comecei namorar com ela, aí conheci a mãe... A mãe dela eu conheci no hospital, porque ela [Alice] passou mal lá em casa, aí levei ela pro hospital. Liguei pra mãe dela, aí a mãe dela me conheceu no hospital. Aí foi indo, a mãe dela foi gostando de mim, eu fui gostando da mãe dela também, é simpática, maneira, aí até hoje to com ela (Artur, casal 1).

*O que a relação com a Alice tem de diferente das outras relações que você já teve?* Tudo. *Tudo o quê?* (risos). Deixa eu te explicar porque ela... Eu nem vou saber te explicar isso, cara, isso tudo aí, porque, poxa, ela que me deu o que eu sempre queria, que é um filho. Eu sempre queria ter um filho, ela me deu. Aí eu comecei a me apegar mais a ela, me apegar mais, comecei ir pra casa dela, comecei a gostar mais dela e até hoje eu gosto dela (Artur, casal 1).

Frente à distância entre os locais de moradia, somada aos escassos recursos financeiros, o casal vinha tendo poucos encontros presenciais. Com a gestação, que estava em seu quarto mês, Alice cita que Artur e sua família esboçaram o desejo de que ela fosse morar com eles, em São João de Meriti. Todavia, a gestante rejeita essa possibilidade, reafirmando seu compromisso com sua família de origem, especialmente com a mãe. Além disso, ao longo da entrevista, ela indicou ter receio da coabitação (“*de morar com homem*”), tendo em vista experiências relacionadas a sua postura ciumenta e ao comportamento dos namorados de “*ir para gandaia*”. Assim, a coabitação parece um projeto para Artur, mas não para a gestante.

*Seus pais sempre te ajudaram? Você sempre morou com eles?* Sim, sempre morei com eles. Nunca gostei de morar com homem. Porque é sempre arrumar problema morar com homem. *Que*

*tipo de problema? Ah, confusão, não poder sair porque fica com ciúme, não deixa você sair. Além disso, eu sempre gostei de morar com meus pais mesmo (Alice, casal 1).*

*[...] Com seu parceiro atual, você não pensa em morar junto? Ele pensa, fica falando pra gente morar junto, mas eu não quero não... Mas você já teve alguma experiência negativa com algum parceiro seu? Que tenha te influenciado a pensar desse modo? De não querer sair de casa ou morar junto com ele? Não, no entanto eu que era ciumenta até demais... eu acho ruim porque eu sou ciumenta, e a maioria dos namorados que eu já tive gostava de sair, de ir pra gandaia... (Alice, casal 1)*

Quanto à gravidez, os relatos são contraditórios, o que, agregado a outros indícios, reforça que havia pouco diálogo acerca de decisões e negociações relacionadas aos eventos reprodutivos entre a díade. Artur estava profundamente entusiasmado e feliz com a expectativa do nascimento de seu primeiro filho. Apontou que a gravidez havia sido planejada e que o desejo de ter filhos era comum entre ele e Alice. Ela, por sua vez, identificou a gestação, inicialmente, como um problema, por achar que sua idade ainda não era a ideal para ter filhos; o que é interessante, pois não cogitou interromper as duas gestações anteriores, quando era ainda mais nova. Pensou em aborto assim que soube da gravidez, mas não levou a cabo pelo receio do procedimento (cirurgia e medicamentos) e por questões morais.

*Em algum momento, depois que você descobriu que tava grávida e teve a certeza, já que foi tão difícil pra aceitar o fato de que você realmente estava grávida, você pensou em tirar o bebe? Não. Nunca... quer dizer, esse aqui sim. Eu não planejei nada, eu não queria. Os outros foram planejados? Não. Mas então porque esse agora, especificamente, você teve vontade de tirar? Pra mim eu queria que minha idade subisse mais um pouquinho pra ter filho... E porque a ideia do aborto não foi adiante? É que tanta gente fala, só não faço porque eu não posso. Se eu tomar qualquer remédio, vai a criança e eu junto. Você tinha medo? Isso. [...] Eu tenho medo dessas coisas... medo do caramba. De qualquer jeito eu tenho medo, tenho medo de tudo. De cirurgia, remédio. O que você acha de uma mulher que faz aborto? Por exemplo, porque não teve uma gravidez planejada? Eu acho que ela é maluca. Pra mim é maluca. Ah a criança não pediu pra vir ao mundo! Eu já falei até pra mãe do meu sobrinho, que abortou duas crianças antes dele, foi numa clínica e pagou 400 reais. Eu disse pra ela “você é maluca! Se eu soubesse eu tinha te matado, a criança não pediu pra vir ao mundo, a criança toda formadinha”. Ah eu agarrava o pescoço dela se eu soubesse... “tu ainda vai engravidar de novo” eu disse pra ela. Aí ela engravidou de novo, mas acabou perdendo. Você acha que abortar é crime? Eu acho. (Alice, casal 1)*

*Essa gravidez foi planejada? Foi. Vocês quiseram ter o filho? Quisemos. [...] Como vocês planejaram? Ah, eu falava pra ela: “Alice, eu quero ter um filho”. Aí ela falava que queria também, que tinha vontade. Ela já tinha perdido dois. Contigo? Não, com o outro. Aí eu falei: “Alice”, essa gravidez dela é de risco. Eu falei pra ela que eu queria ter um filho, aí falou que também queria, aí nós foi tentando, tentando, tentando, até dar certo. Aí teve uma hora que deu certo. Como você se sentiu ao descobrir que ela tava grávida? Me senti feliz. [...] Se a Alice não quisesse engravidar, por exemplo, o que você ia fazer? Uma hora ela ia querer, ela não ia conseguir tirar onda pra sempre. Como assim? Eu ia tentar de novo, uma hora ela ia cansar e ia deixar vir. (Artur, casal 1)*

Em suas narrativas acerca do uso de métodos contraceptivos, ambos revelaram pouca preocupação em evitar uma gravidez até aquele momento. A ausência de práticas

anticonceptivas da Alice parece estar relacionada a um conjunto de fatores, como: baixa escolaridade, pouco acesso aos serviços de saúde, descrença na efetividade da pílula em função de experiências vividas por mulheres conhecidas, uma certa naturalização da gravidez como parte e seguimento natural da vida e a representação deste evento como uma possibilidade de romper com a responsabilidade pelo cuidado dos irmãos e pelas tarefas domésticas.

Os [irmãos] menores fazem besteira e a mais velha leva a culpa de tudo, como se eu não tomasse conta e prestasse atenção no que eles aprontam. Mas eu já criei todo mundo, ajudei minha mãe em tudo, mas agora chegou a minha vez. Isso daí... Eu não tenho que ficar toda a vida tomando conta dos meus irmãos não, já criei, já tomei conta, já fiz o que tinha que fazer. (Alice, casal 1)

Já no caso de Artur, a falta de preocupação com métodos contraceptivos tem relação com os significados atribuídos à gravidez e à paternidade, definida como um grande sonho. A paternidade está vinculada à chance de construção de uma nova vida e de reinvenção de si, assim como à naturalização do desejo de homens pela procriação e à responsabilização das mulheres pela contracepção.

Sobre a entrada do HIV na vida do casal, Alice havia se descoberto HIV positiva há aproximadamente dois meses. O diagnóstico foi feito durante o pré-natal daquela gestação, em um hospital público próximo a sua casa. Recebeu a notícia quando estava acompanhada por sua mãe que, mais uma vez, ofereceu-lhe apoio. Não foi solicitado seu consentimento para realização do teste anti-HIV, tampouco houve aconselhamento antes da testagem. Diante da constatação de soropositividade, ela relatou *surpresa* (não se identificava como alguém em risco de contrair o vírus), *desespero* (ideia de fatalidade associada à infecção) e *medo da morte social* (em função do estigma relacionado ao HIV). Tal visão foi reforçada pelo fato de uma amiga ter falecido em decorrência de complicações da Aids. Frente a tantos sentimentos negativos e à falta de apoio e acolhimento da equipe de saúde, Alice cogitou o suicídio. Essa ideia foi compartilhada apenas com a mãe.

Após ter a confirmação do diagnóstico, Alice foi encaminhada para o serviço especializado em PTV, onde estava sendo acompanhada à época da entrevista. Destaca que o acolhimento pela equipe multidisciplinar e os esclarecimentos prestados por ela quanto à existência e disponibilidade de tratamento foram fundamentais para ressignificação da infecção.

Eu nunca tive isso [HIV] na minha vida. O mundo acabou pra mim. Ela [enfermeira do hospital próximo à casa da gestante] falou e foi uma bomba. Mas aqui nesse hospital [serviço especializado em PTV] eles disseram que não era o fim do mundo, que todo mundo que tava sendo atendido ali tinha o mesmo problema que eu. “Toma o remédio e tem gente vivendo bem, não precisa se preocupar com isso. Se lá eles não souberam explicar pra vocês, aqui a gente

explica”. Aí aliviou a minha cabeça e a da minha mãe. Porque quando eu descobri eu tava a ponto de querer se matar, eu só pensava em se matar e nada mais... (Alice, casal 1)

Ainda assim, tinha muito receio de sofrer estigma e discriminação. Sua principal preocupação era manter seu diagnóstico em segredo, para evitar atos discriminatórios e manter sua imagem social distante de qualquer suspeita de Aids, tema que será retomado adiante. Nesse sentido, selecionou estrategicamente as pessoas com quem compartilhou sua sorologia: o parceiro, por influência dos profissionais de saúde, em virtude do risco de transmissão para ele e da necessidade de testá-lo; a mãe, que estava no dia em que ela conheceu o resultado do teste e que sempre ofereceu amparo; e a ex-cunhada, que considera como irmã e única amiga, principalmente porque era alguém que falava constantemente sobre o tema sem preconceito e tinha amigos HIV positivos.

*Se eu te pergunto o que é discriminação ou preconceito, o que você entende? Preconceito é o que eu to com ele agora, né? Por isso que eu não conto pra ninguém. Situação muito ruim. [...] Preconceito é quando a pessoa pensa no HIV, fica te criticando, falando certas coisas que você não gosta e te deixa numa pior. [...] As únicas pessoas que sabem é o Artur, a minha mãe e minha ex cunhada, porque ela conhece pessoas com esse problema. Sua cunhada conhece muitas pessoas com HIV, é isso? Isso, ela tem muitos amigos com HIV. Aí pra ela isso não é preconceito nenhum. Você prefere não contar então com medo da discriminação? É, da reação das pessoas... Porque ultimamente, antes da descoberta que eu tava com isso tudo, eu tinha uma amiga com esse problema e ninguém chegava perto dela. Por isso que eu botei esse negócio na cabeça, do preconceito com pessoas que tem isso aí. Porque dizem que é um tipo de doença que se tocar vai pegar, aí ela também não se cuidou e acabou falecendo (Alice, casal 1).*

As primeiras consultas com a equipe de saúde do serviço especializado representaram para Alice um momento de acolhimento e tranquilidade em relação à infecção pelo HIV. Todavia, também a colocaram diante de uma tensão devido ao incentivo dos profissionais do serviço para que ela revelasse o diagnóstico para o parceiro, por conta do risco de transmissão do vírus para ele e para o bebê. Ela tinha medo das reações de Artur, que poderiam culminar em abandono e/ou violência. Como estratégia para minimizar uma possível resposta desmedida do parceiro, ela decidiu usar os recursos do hospital especializado, em especial a equipe de saúde. Sem avisar à psicóloga, levou Artur como acompanhante em uma das primeiras consultas. A profissional percebeu, surpresa, que ele não sabia do diagnóstico da parceira e, entendendo a tática de Alice, explicou ao rapaz o que estava acontecendo. Abordou os detalhes sobre a infecção, seus significados e desdobramentos, bem como sobre a prevenção da transmissão do HIV para ele e para o bebê e a necessidade de ele se submeter à testagem.

*E quando você descobriu que tinha o HIV, como foi contar pro Artur? Ah quando eu contei, já tinha passado uns dias. Eu fiquei naquela “se eu contar eu não sei como ele vai reagir, qual vai*

ser a reação dele. Não sei se ele vai terminar, alguma coisa assim”. Fiquei pensando. Minha mãe ficou me incentivando a contar, mas não é aquela coisa fácil de contar, ficava aquele medo. Mas aí chegou a hora, momento que eu “quer saber, eu tenho que contar, mas eu não vou saber explicar, nem a minha mãe, na hora do nervosismo”, o que eu fiz? Falei pra minha mãe: “tal dia e tal hora vai ter consulta, a psicóloga vai querer falar comigo, ele vai estar junto, então ela que solte o verbo pra ele”. No entanto, ela [psicóloga] perguntou “você já contou pra ele?”, aí eu disse que não, que esperava ele saber aqui. Que isso era pra ele não ter reações sinistras, como todo mundo diz. [...] *O que ela [psicóloga] achou disso? Ela te estimulou a contar ou aceitou de cara essa ideia de ela contar pra ele?* Ela tinha tomado um susto, porque ela achou que eu tivesse contado. Mas aí quando ele escutou tudo que ela tinha que falar, eu não sei o que aconteceu, que ele tava sentado numa cadeira do lado, veio pra perto para ouvir melhor a conversa. Ela viu a cara dele de assustado e me perguntou “Você já contou pra ele?”, aí eu “não, não contei nada, deixei pra senhora contar”. Ai ela “mas é assim, tem muitas que tem medo de contar e deixa pra gente falar aqui. Que a gente sabe explicar”. Aí ele não teve nenhuma reação negativa, só positiva. Ele tá fazendo tudo que tem que ser feito, direitinho. (Alice, casal 1)

Alice afirma que se surpreendeu com a reação positiva do parceiro, que a ofereceu apoio e vinha, desde então, demonstrando cuidado e zelo em relação à saúde da parceira e do bebê. Tais atitudes foram interpretadas pela gestante como prova do amor de Artur por ela. Artur confirmou a manobra utilizada por Alice para ele saber do diagnóstico do HIV. Assim como ela, demonstrou pouco entendimento sobre a doença, fazendo algumas confusões entre a infecção e o desenvolvimento da síndrome, tendo registrado apenas a orientação profissional acerca da importância da utilização da camisinha nas relações sexuais do casal, a fim de prevenir a transmissão do HIV para ele e para o bebê. Ambos relataram que Artur havia feito a testagem no dia em que soube do diagnóstico da parceira e que estavam aguardando o resultado.

Quanto à origem da infecção, Alice cita que teve muitos parceiros sexuais e não conseguia identificar quem poderia ter lhe transmitido o vírus. Afirma que confiava nas pessoas com quem se envolvia sexualmente. Por isso, esperava que o(s) parceiro(s) que soubesse(m) do seu diagnóstico positivo para o HIV contasse(m) para ela.

*Então você nem desconfia como foi ou de que parceiro você pode ter pego o vírus? Não... A pessoa pode pegar sem saber que a pessoa tem, o marido, o namorado, quem confia. Quem você menos espera pode tá com o vírus. Eu não tenho nem noção de quem eu peguei, porque eu não ficava só com um, namorava com um, depois ficava com outro, aí depois vinha outro. Daí por diante... Mas pra mim nunca dava certo com nenhum, se eu peguei de algum desses eles tinham que pensar bem e ter me dito. No entanto é aquela coisa, não conta, acaba fazendo a besteira, passa pra outra e não conta. Então a pessoa tem que contar? Se a pessoa teve e passou pra mim, ela não teve confiança em mim, mas eu tive confiança na pessoa. [...] Depois que você descobriu que tava com o vírus, ficou com medo de passar pra alguém? Fiquei. Pra ele [namorado]. Mas eu tenho pra mim que ele não tem (Alice, casal 1).*

Provavelmente em virtude da confiança e da relação de familiaridade com o parceiro atual, Alice supõe que Artur seja soronegativo. Ele, por sua vez, ainda não acreditava na

infecção dela. Embora não soubesse expressar os motivos da sua incredulidade, sugere que sua parceira não se enquadrava no perfil dos portadores de HIV imaginado.

*Você imaginava que ela podia estar infectada? Não, nunca imaginei. Porque eu nunca pensava que ela ia ter isso, cara. Uma garota que, pô... Nunca pensei que ela ia ter isso, esses negócios... Mas fazer o que, né? Já que tem, vamos ver o que vai dar (Artur, casal 1).*

Ao longo da vida, ambos fizeram pouco ou nenhum uso do preservativo masculino, tanto como método anticoncepcional quanto de prevenção de IST e Aids. Alice afirma que sempre impôs a camisinha aos parceiros, condicionando o sexo ao seu uso, mas, desde o início, não usou o preservativo com o Artur em função da sensação de proximidade e de familiaridade (era primo do ex-namorado). Todavia, ao transcorrer da entrevista de Alice, constatamos a inconsistência do uso de métodos preventivos, tendo em vista: a sua falta de conhecimento sobre a origem da infecção, as duas gestações anteriores (uma, fruto de sua primeira relação sexual) e o seu incômodo físico pelo uso da camisinha, associado à descrença na sua efetividade. Artur assume que nunca havia usado camisinha nas relações sexuais, em função da diminuição da sensação de prazer durante o ato sexual.

Tanto para ele quanto para Alice, o padrão do (não) uso do preservativo masculino estava ancorado na não percepção de si como vulnerável à infecção do HIV, em virtude da confiança, proximidade e “conhecimento” das(os) parceiras(os), assim como a outros fatores, quais sejam: vinculação da camisinha à limitação do prazer sexual, inexistência de diálogo sobre sexualidade no ambiente familiar, valor simbólico da maternidade/paternidade, baixa escolaridade e falta de acesso efetivo a serviços de saúde. Um dos marcadores dessa vulnerabilidade é o fato de Alice ter perdido duas gestações em idade avançada (ambas aos seis meses) e as causas para tal (problemas na coagulação) só terem sido investigadas após ingresso no serviço de referência na PTV. Segundo seu relato, apenas foi orientada por enfermeiras sobre como usar o preservativo quando perdeu os dois bebês anteriores. No caso de Artur, pesam ainda as normas tradicionais de masculinidade, que reforçam a autossuficiência masculina e o mito de sua invulnerabilidade, comportamentos que dificultam ainda mais o acesso aos serviços de saúde.

Importante destacar que no discurso, principalmente de Artur, a gestação era algo concreto, sonhado. Já a infecção do HIV era tida como distante, abstrata e praticamente pertencente à esfera do “inacreditável”. Quando perguntado sobre as mudanças na sua relação com Alice após o diagnóstico do HIV, ele se refere apenas às modificações a partir da descoberta da gestação. É como se este evento demandasse, de forma mais urgente, alterações

na vida do casal, como a definição de prioridades em termos econômicos, a redução da ida aos bailes (vida fora do ambiente doméstico) e a dedicação de mais tempo à Alice (permanência maior no ambiente doméstico nos horários livres). Nas suas palavras:

*Depois do diagnóstico dela, mudou alguma coisa pra você? Mudou, tudo: a minha vida! Ah, mudou porque assim, vamos botar um exemplo: o meu dinheiro tá durando bastante, to acompanhando ela em tudo... [...] Porque eu to economizando, por causa do meu filho. Ah, muita coisa, minha vida mudou. [...] Ah, por causa do moleque que vai nascer agora, por causa dela também. O que você já fez de diferente? Muita besteira na rua. [...] Pô, eu saía muito, ia muito pra baile, hoje em dia eu já não saio mais pra baile, é difícil eu sair pra baile. E quando eu saio, é mais pra vir pra casa dela, fico mais em casa também, só isso. [...] Depois que ela engravidou a vida tem que mudar também, né? Não tem que ficar sendo a mesma pessoa pra sempre (Artur, casal 1).*

Assim como Artur, Alice citou mudanças em sua vida após o diagnóstico mais atreladas à gestação atual e menos ao HIV. Destacou que o processo de se tornar mais “caseira” aconteceu antes da gestação, aparentemente evocando uma ideia de maturidade, e que a gravidez, em função das alterações em seu corpo, reduziu seu desejo sexual.

*[...] depois que eu fiquei grávida a gente nem tem feito nada mesmo... Você tá sem vontade? Não sinto vontade nenhuma mesmo não. Ai ele chega do lado e tenta alguma coisa, eu digo “hoje não vai ter nada. Nada... você vai ficar na seca”. [...] Mas porque você acha que você tem evitado fazer sexo com ele? Pela questão do HIV? Não, pela gravidez mesmo. Nessa gravidez eu perdi o desejo, aí ele começa a reclamar e eu mando logo ele calar a boca e parar... (Alice, casal 1).*

A principal implicação do HIV na dinâmica interna do casal, referida por Alice e confirmada por Artur, foi a adoção do uso da camisinha em todas as relações sexuais a fim de prevenir a transmissão do HIV para o parceiro (ou transmissão cruzada, caso ele fosse positivo). Alice também ressalta que Artur se tornou mais atencioso e zeloso com ela.

Sobre os desdobramentos do diagnóstico do HIV nas dinâmicas externas do casal, ou seja, na rede de sociabilidade, uma questão central para Alice foi lançar mão de estratégias cotidianas e contínuas para ocultação de sua condição de soropositiva. Tal preocupação está sustentada no medo de sofrer estigma e discriminação (“fofoca” e “olhares maldosos”) e converge com dados da literatura (MONTEIRO et al, 2016 a e b; ANDRADE e IRIART, 2015; VILLELA E MONTEIRO, 2015). Na sua visão, o sigilo foi a melhor forma de sobreviver socialmente com vírus. Ter conhecido uma pessoa com HIV que sofreu muita discriminação colaborava para o medo de Alice. Ainda que a ideia de morte física e adoecimento tivesse sido amenizada a partir do suporte do serviço de saúde especializado, a recente experiência da descoberta da soropositividade, envolta por dúvidas e incertezas (como a sorologia do parceiro, a reação ao medicamento, dentre outros), intensificam o sofrimento de Alice. Ao longo de toda

a entrevista, ela se referiu à infecção como “*esse problema*”, “*isso*”, raramente falando HIV e nunca denominando “Aids”.

Diante da orientação a respeito da não amamentação, já havia pensado na justificativa que daria às pessoas da sua rede: “*o leite secou*”. Para evitar a eventual descoberta do seu status sorológico, pretendia se afastar de alguns grupos sociais. Artur, por sua vez, respeita a decisão da parceira sobre o silêncio em torno do HIV, não compartilhando a informação nem ao menos com sua mãe, figura de referência em sua vida.

Provavelmente em função da distância social da Aids, do diagnóstico recente e do pouco conhecimento sobre o tema, a díade não se referia com clareza sobre o funcionamento do medicamento, os indicadores utilizados (carga viral e CD4), entre outros aspectos. As questões registradas por ambos foram a necessidade da adoção da camisinha em todas as relações sexuais e a adesão completa ao tratamento, incluindo o medicamento, a frequência às consultas, a realização de exames para monitoramento, a não amamentação e a escolha da via do parto. Alice demonstrou compreensão acerca da lógica da PTV, enquanto Artur apresentava muitas dúvidas e ainda descrença na possibilidade de o bebê nascer sem o vírus.

Ambos afirmaram que, por motivos distintos, não querem ter mais filhos, mas Alice não sabia como iria evitar futuras concepções. Para Artur, a saída seria a parceira fazer uso da pílula anticoncepcional, passando a responsabilidade da contracepção para ela. Quando questionado sobre a chance de ele se submeter à vasectomia, reafirma os valores da masculinidade de virilidade e fertilidade e, em função deles, nega a possibilidade de se submeter a esse tipo de procedimento.

*Você já pensou na possibilidade dela ou você fazer ligadura ou esterilização? Não, ela! Por que ela, e não você? Porque não! Por que não, Artur? Ah, porque eu não quero fazer esses negócios não, eu não gosto não. [...] Não, porque vai que eu conheça outra mulher? Vai que a outra mulher acaba engravidando também e ela não quer tirar? E a mulher cismar de querer deixar vir? Peraí, deixa eu entender... Por que você não faz a esterilização? Não, isso aí eu, eu não gosto de fazer isso não. Isso aí pra mim é mancada, rapá, um homem fazer isso! Tá maluca? (risos) [...] Homem tem que ser natural, do jeito que nasceu tem que morrer! E por que a mulher pode fazer esterilização e o homem não? Ah, porque a mulher sofre, né? A mulher, na hora de ganhar, pô, muita mulher reclama (Artur, casal 1).*

### 3.2. CASAL 2 – BEATRIZ E BENÍCIO

A religião, ligada à Assembleia de Deus, é marcante nas trajetórias individuais de Beatriz e Benício e na história do casal. Parece ser o princípio maior que rege os significados e valores que o casal atribui a diversos eventos e dimensões da vida, como a maternidade, a paternidade, as noções tradicionais dos papéis femininos e masculinos, a infecção pelo HIV, o encontro e as relações conjugais da díade. Ao longo de toda a entrevista, Benício fez questão de ressaltar suas convicções e valores religiosos, antes mesmo de ser questionado sobre o tema. Além disso, os eventos da igreja são um meio de socialização e constituem-se como parte importante da rotina de vida do casal. Para ilustrar, até orientações sobre contracepção antes de sua iniciação sexual foram dadas por uma amiga relacionada a este contexto:

*Quem te deu a sugestão, a recomendação de tomar pílula? Foi uma amiga da igreja que me indicou. Ela disse: “olha, você vai casar, então você não quer engravidar agora, né?”, aí eu falei: “não, não quero”. Então ela falou: “então você procura um ginecologista”. Aí ela me perguntou: “você já fez preventivo?”, eu disse: “não, nunca fiz preventivo na minha vida”. Aí ela disse: “então você vai, marca uma consulta, pra você poder tomar o remédio certo.” E foi o que eu fiz, mas eu nem sabia! Aí depois eu fui, marquei a consulta, o médico me indicou, achou, como todo mundo, fica bobo né, ele ficou bobo que eu era moça ainda, mas isso pra mim não era vergonha. E passei a tomar (Beatriz, casal 2).*

Depreende-se que sobressai uma perspectiva tradicional e holista na forma com que o casal representa o mundo e suas experiências (SALEM, 2007). As biografias e experiências de vida individuais são menos semelhantes, mas existem pontos de aproximação que parecem garantir a manutenção do casal, como a religião e a classe social.

Beatriz tem 39 anos, sendo 10 anos mais velha que Benício; declarou-se negra, enquanto ele se percebe como moreno. Apesar de ambos provirem de núcleos familiares numerosos, Benício conviveu com o pai e o tinha como referência de honestidade e dignidade. Beatriz viveu o abandono paterno ainda no início da infância, o que desestruturou profundamente sua família, psicológica e financeiramente, apesar do apoio crucial de um tio materno. Para ela, a principal figura de referência era a mãe.

*E aí, como foi essa saída de casa do seu pai pra você, como você sentiu isso? É complicado né, é uma situação complicada, porque é assim: meu pai, como eu vou te dizer... Meu pai era soldador profissional, naquele tempo ganhava muito bem. Então, a família tinha uma vida muito boa, estabilizada. Do nada, você perde tudo, né? E como você fica? Uma criança que tem de tudo e de repente você perde? De repente, vem o pai, sai de casa, abandona tudo e não dá uma assistência? Então ele saiu de casa e abandonou vocês no sentido de não dar mais atenção, dinheiro? Nada. Nem visitava vocês mais? Não. Naquele tempo não tinha o que tem hoje. O recurso que hoje tem, de hoje você correr atrás, de você procurar uma pensão, essas coisas. Hoje tem, mas naquele tempo não existia. Então, perdemos casa, fomos morar de aluguel... Sua mãe*

*trabalhava?* Minha mãe era professora, na época. Aí depois foi entrando em depressão, muitos filhos pra cuidar... Quando meu pai voltava, sempre, era bom e era ruim, porque ele cismava de ir embora, e já deixava ela com outra criança, grávida, né? Então, era um outro problema. E assim ela foi ficando debilitada, doente... (Beatriz, casal 2).

Quanto à escolaridade, após o abandono paterno, a gestante interrompeu os estudos aos 13 anos, na sétima série do ensino fundamental, para trabalhar e contribuir com a renda da família e para auxiliar a mãe no cuidado dos sete irmãos e nas tarefas domésticas.

*Por que você parou de estudar?* Ah, vários fatores. Parei de estudar quando eu tinha 13 anos. Tive que parar porque minha mãe ficou doente, tinha os outros menores... Meu pai tinha abandonado a casa, aquela coisa toda né... Então a gente acaba pegando né, como eu era a filha mais velha, então a gente já assume uma responsabilidade, né? [...] Tinha sete abaixo de mim, eram oito no total. [...] *E com quantos anos você começou a trabalhar?* Com 13 anos mesmo. Em casa de família. Arrumar casa, cozinhar, lavar roupa... (Beatriz, casal 2).

Benício estudou até a segunda série do ensino médio, tendo parado aos vinte anos em função de inserção no mercado de trabalho informal para complementar renda familiar.

*Você começou a trabalhar com quantos anos?* Ah, eu comecei cedo assim... mas não pra largar a escola, não pra largar tudo. Eu sempre fui trabalhador, graças a deus, acho que foi com 20 anos que eu larguei os estudos para um trabalho que apareceu em São Cristóvão e tinha que dormir. Aí tive que largar os estudos, o segundo grau. Mas tô aí...[...] Parei no segundo ano do segundo grau. Aí larguei... [...] Porque eu precisava, dentro de casa era difícil. Minha mãe tinha 10 filhos, meu pai tava parado também, meu pai era analfabeto. Graças a deus, sempre cuidou da gente, ele era um homem nervoso, bravo... Aí eu ficava lá no serviço, aqui no Rio, no fim de semana ia pra casa da minha mãe. No início ainda tentei continuar na escola, mas depois eu não consegui mais (Benício, casal 2).

Visando à melhoria de sua qualificação profissional, estava fazendo curso de caldeireiro à época da entrevista. A possibilidade de Beatriz retomar alguma forma de estudo era mais remota, segundo ela em função da idade e do cuidado com os filhos.

Benício classifica a situação financeira do casal como precária. Ele trabalhava como ajudante de pedreiro, sem vínculo empregatício (“biscate”) e com renda instável. Beatriz começou a trabalhar no início da adolescência, para contribuir com a renda familiar e auxiliar a mãe no sustento da família, tendo sido empregada doméstica, faxineira, costureira e balconista em comércio; sempre informalmente. Antes da gravidez, prestava alguns serviços como costureira, em casa, mas teve que interromper em virtude de problemas na gestação. Atualmente, é dona de casa, mesma função que exerceu durante os 10 anos do seu primeiro casamento. Ou seja, em sua trajetória, nos dois momentos em que esteve em uma relação estável, afastou-se do exercício de atividades remuneradas fora do lar, mesmo afirmando o valor

positivo do trabalho remunerado como caminho para independência financeira. Em seu primeiro casamento, abandonou o trabalho a pedido do parceiro.

*Você trabalhou durante sua vida inteira?* Minha vida inteira. [...] Tem um ano que eu não trabalho. [...] Graças a Deus consegui me formar naquilo que eu mais gostava, que era costura. [...] *E por que essa questão do trabalho marcou sua vida inteira?* Você aprende a ser independente, é bom. Você tem o seu dinheiro, você faz dele o que você quiser... Você não presta conta. Você aprende a se controlar. Sem ser assim, é... Sem ser dependente das pessoas, essa é a verdade. Você não depende. *Teve alguma época que você ficou sem trabalhar,* que você teve que depender de alguém? Teve, teve. Quando? Teve, quando eu me separei do meu primeiro marido. Eu tinha os meus três pequenos... Porque essa aqui [aponta para a barriga] é dele [marido atual], mas eu tenho outros três (Beatriz, casal 2).

*Quando você se casou a primeira vez você ficou sem trabalhar?* É, porque assim... Também, eu tinha uma vida boa, né? Era mais ou menos, dava pra sobreviver. Então não tinha necessidade, e meu marido também não gostava que eu trabalhasse fora. Então eu só ficava fazendo aquelas coisas em casa, né: artesanato, essas bobeirinhas. Então, mesmo assim, eu ganhava um dinheirinho [...]. *Quando você conheceu ele você tava trabalhando?* Trabalhava! *Como você reagiu quando ele te pediu isso, pra não trabalhar?* É... Tipo assim... Bom não é. Eu falei que eu não achei bom, mas aí ele falou: “não, mas aí você pode fazer suas coisas em casa, você fica em casa e eu te dou tudo”. Aí a gente casou direitinho, na igreja, no cartório... E, de fato, não precisava, não tinha necessidade de eu trabalhar em nada, porque não me faltava nada. Era uma vida, como se diz... Não de rico, mas você tinha uma vida bem segura. Aí, mais uma vez, você, depois de dez anos de casada, você passa por uma outra pancada (risos)... (Beatriz, casal 2).

Apesar de Beatriz não estar exercendo trabalhado remunerado, Benício indica que a parceira dispõe de uma renda fixa, somando a pensão alimentícia regularmente paga pelo ex-marido e os recursos provenientes de cadastro no Programa Bolsa Família. Na maioria das vezes, esses proventos são utilizados para arcar com necessidades entendidas como não essenciais. Mas, a depender da flutuação dos ganhos de Benício, eles suprem as despesas que ele considera prioritárias. Ressalta-se a fala de Beatriz sobre o fato de ter recorrido judicialmente ao direito de pensão alimentícia após o divórcio do primeiro casamento, marcando uma mudança em relação à atitude da mãe diante do abandono paterno. O que é reconhecido pela gestante:

Foi um período difícil mesmo pra mim, porque teve a separação e, por mais que ela seja amigável, ela é conturbada. Conturbada assim, porque ela afeta tanto você quanto os filhos. Mexe muito. E, na época, o pai dos meus filhos não queria dar aquilo que era devido pras crianças, achava que o que ele dava era o suficiente. Então, ele tinha que entender que os filhos deles precisavam. Eu já tinha passado por essa situação, e não queria que os meus passassem. Então, eu fui pra Justiça. Aí eu me separei, ele passou a dar pensão pros filhos e também fazer a parte de pai, coisa que ele não tava fazendo, que era visitar. *Então você conseguiu na Justiça isso?* Consegui. Porque eu acho necessário, entende? Porque se você não tem uma aproximação com seu filho, você não é ninguém. Eu digo tanto mãe, quanto pai. Esse relacionamento eu acho importante. Porque depois, quando seu filho tiver grande, ele não vai querer saber de você. Nem te reconhecer como nada. [...] Eu deixei ele bem ciente do que poderia acontecer. [...] Então eu

tive essa preocupação, de fazer com que ele entendesse que ele precisa dos filhos e que os filhos precisam dele, mesmo passando por essas dificuldades todas (Beatriz, casal 2).

A gestante destaca que sua renda mensal é muito inferior à do parceiro e que, somadas, ficam em torno de dois SM. Para Benício, poupar mensalmente parte da receita é um valor e uma prática. Relata que a esposa controla o dinheiro que ele recebe, mas parece que é ele quem define as prioridades quanto aos gastos da família.

*Quem toma conta do teu dinheiro e do dinheiro do Bolsa Família?* Ela que administra. Ela que é a minha contadora, ela que gasta, gasta tudo...rs O que ela tiver que comprar, ela que decide? é... Às vezes leva esporro (risos), porque gasta demais, porque o cartão na mão dela... *Mas vocês brigam por causa disso?* Brigar não brigamos não, mas a gente discute. Na hora que eu começo a falar eu sou grosso mesmo, mas ela sabe que... Eu deixo cartão e senha pra ela, que já é pra ela usar mesmo. Mas não em qualquer coisa... qualquer coisa é o quê? Ah pra sair, comprar umas coisas... Eu já sou econômico, o dinheiro que eu tenho se deixar eu gasto tudo dentro de casa. Faço obra, coisa diferente, coloco cerâmica, pinto, tô sempre mudando, de um jeito, de outro, sempre pra melhor. Valorizar o lugar. Mas mulher, nem todas né (risos)? Cartão na mão, já viu! (Benício, casal 2)

Quando Beatriz e Benício se conheceram nos eventos da Assembleia de Deus, ambos vinham de importantes rupturas biográficas e estavam em um período de reorganização identitária. Beatriz havia sofrido uma grande desilusão amorosa, após a revelação de traição do ex-marido, com quem tinha três filhos. Desde o fim do primeiro casamento, há quatro anos, estava solteira. Ele tinha sido seu primeiro namorado e parceiro sexual, questão extremamente relevante para ela, que destaca a virgindade como valor. Depois da separação, precisou mudar sua vida; retomou o trabalho como faxineira, lutou pela pensão alimentícia dos filhos, mudou de residência e buscou e teve apoio da família de origem (irmãos). Foi um período de reinvenção de si. E, mais uma vez, ela faz um paralelo entre a atitude de mãe diante da separação de seu pai e a dela, diante do divórcio:

*Sua mãe morreu como?* Ela teve depressão. Aí ficou com problema nos rins, fazia aquele... Hemodiálise, né? E aquilo foi debilitando ela... Pressão muito alta... E a gente sabia que tudo isso era consequência, era por causa do meu pai, e eu não queria isso pra mim. Então, é mais fácil o quê? Você perdoar. Passa uma borrachinha por cima e segue a vida. Então, eu peguei esse exemplo pra mim e fiz a mesma coisa quando eu... Como se diz... A história se repete, né? Então eu fiz a mesma coisa. Só que, com diferença que eu mudei um pouco, não deixei que me abatesse, que me debilitasse... Eu olhei e tinha três filhos... Depressão vem, é um fato. Não tem como você dizer que você não teve uma depressão quando acontece isso. Veio, mas tem que ser forte. [...] Aí com a separação que eu voltei à ativa de novo. Porque aí você tem que assumir uma responsabilidade, porque é você e mais três. É casa, comida, e tudo mais. Pensão não é aquilo que muitos pensam (risos) (Beatriz, casal 2).

Porque é uma pancada muito grande, né? No relacionamento, você casa e acha que é pra toda a vida. Você confia, né? Entre aspas, você confia. Mas quando chega a parte da traição, é uma coisa difícil de você engolir e perdoar, por quê? Porque você tá ali certinha ali, ó, direitinho. Aí vem a pessoa que você confiou a sua vida, né, seus anos, vamos assim dizer (risos), e te passa

uma pernada. Então você fica bem... Você fica pensando assim: “onde foi que eu errei?”, “qual foi o ponto, o que foi que aconteceu?” (Beatriz, casal 2).

Já Benício vinha de uma vida “de pecados”, buscando quase a redenção. Não tinha filhos e esta era sua primeira relação estável com coabitação. Conta que usou drogas lícitas e ilícitas por um longo período e que o ingresso e amparo da igreja foram essenciais para redirecionar sua trajetória de vida. No contexto dos rituais e eventos religiosos, conheceu Beatriz, por intermédio do pastor, que vinha há um tempo sugerindo que ele casasse com uma mulher “responsável e madura”, a fim de colaborar com a reorientação do seu caminho.

*Então, me fala um pouco mais dessa sua relação com a Igreja... tem dia que você evangeliza... qual igreja? Assembleia. Eu praticamente comecei entrar pra igreja, a pessoa que evangelizava lá, que ficava orando por mim, era a minha atual esposa (risos). Ela que tinha um encontro de pregação, ficava lá, aí lá eu acabei aceitando Jesus. Acabei indo pra igreja dela, casando com ela e estou lá até hoje. Recebi umas funções na igreja, sou presidente da evangelização, presidente dos varões. O que um presidente de evangelização faz? Tem que evangelizar as pessoas na rua... Falo sobre Jesus, que ele é bom, cura, salva, batiza pra te levar pro céu. Da salvação do senhor... Condenação. Falo sobre a obra toda. E o grupo dos varões? É um grupo dos homens da igreja que querem cantar. Nas festas, eventos, nas outras igrejas... Qual a importância da religião e da igreja na sua vida? Foi a tua parceira que te chamou pra igreja? Não... Tinha um espaço lá no quintal da minha mãe, aí eu acabei alugando, era uma loja e eu aluguei pra igreja. Eu que... Atualmente eu não bebo, nem fumo, o único vício que eu tenho é tomar café mesmo. Antes eu bebia, fumava, fazia tudo de errado... Graças a deus quando eu enxerguei a luz e a luz me tomou, e eu recebi o evangelho e Cristo, só tenho que agradecer as mudanças na minha vida, foram só pra melhor. Hoje eu reconheço que sou um ser humano, filho de Deus. Sei que posso tudo naquele que me fortalece. Só agradecer ao senhor. Você disse que teve uma mudança muito grande na tua vida porque você bebia e fumava. Eu bebia muito, arrumava muita confusão, brigava demais. Tava usando drogas, vendo vultos já... Eu tava chegando um espaço determinado momento da minha vida que... Ou eu agarrava Jesus ou ia ver... A minha vida se acabar. Que tipo de drogas você usava? Era mais pó mesmo. Cocaína (Benício, casal 2).*

*Como você conheceu a sua parceira? Me fala um pouco da história de vocês? Na igreja. Ela tava procurando um espaço pra fazer a congregação da igreja. Aí ela tava orando lá, acabei passando pra igreja dela, foi andando, andando... O pastor foi me apresentando ela, aí acabou que rolou. Ela veio conversar comigo a nome do pastor, começamos a conversar, daqui a pouco estávamos namorando e depois nos casamos... (Benício, casal 2).*

Estavam casados nas esferas civil e religiosa há 4 anos, o que tinha relevância para o casal e para sua rede de sociabilidade. Coabitavam com os três filhos de Beatriz na casa construída no terreno da mãe de Benício, em Duque de Caxias, município em que a gestante sempre morou. Embora se entendam como um núcleo familiar, a relação com suas famílias de origem é intensa. Os irmãos e a mãe de Benício moram em casas no mesmo terreno, o que gera alguns conflitos relacionados à divisão das despesas com eletricidade, luz e outras questões. Assim, a construção de uma casa independente para sua família é um dos projetos do casal destacados por Benício.

A decisão pelo casamento e pela coabitação foi tomada no contexto da primeira gestação do casal (a atual era a terceira, mas nas duas anteriores com esse parceiro os bebês faleceram), evento que, segundo Benício, foi um divisor de águas no relacionamento, por entender que ela fortaleceu os vínculos afetivos da díade. Beatriz engravidou quando não pretendia mais ter filhos, tendo ficado surpresa com a notícia, apesar de a díade não fazer uso de método anticoncepcional de forma regular. Após o casamento anterior, optou por não usar mais a pílula em virtude dos efeitos colaterais e da descrença, pautada até em argumentos com fundo biomédico, na eficácia do medicamento. Quanto à adoção do preservativo masculino ao longo da vida, informa que durante o primeiro casamento o parceiro não gostava de usá-lo, alegando incômodo físico. Já sobre o uso da camisinha no relacionamento atual, o discurso varia entre o não uso e o uso consistente. Mesmo que tenha declarado hesitação inicial diante da notícia daquela gravidez, o fato de o parceiro, provavelmente por ainda não ter filhos, ter apoiado firmemente a gestação, assim como seus três filhos, fizeram-na ressignificar o evento. Embora não tenha sido planejada, no sentido do desejo e não no sentido biomédico, a gravidez estreitou os laços afetivos entre o casal, como assinalado por Benício.

É uma pancada, um choque, né? Ah, a gente fica... Perde o chão... Porque você olha assim: “poxa, já to com meus filhos tudo grande, tudo independente...”. Eu já não me preocupava se comia bem... Assim, você lidar de novo com a maternidade, pra mim, foi difícil, porque tem que passar por tudo de novo: choro, criança... Ai, eu pensei: “ai, não vou aguentar”. Meus filhos, quando souberam, ficaram felizes da vida. E eu pensei: “Meu Deus do Céu, só eu que to triste”. Eles aceitaram numa boa: já tinha nome, já estavam separando tudo, fazendo aquela separação de quem cuidava, quem dava banho... Então, depois eu fui aceitando. Eu fui aceitando que aquela nova vida ia trazer pra mim uma nova... como se diz... ia me fazer bem... (Beatriz, casal 2).

Quando ela falou que tava grávida a gente foi morar junto. *Foi uma gravidez planejada?* Não, acidente, planejada não foi. Tivemos relações, desejo ardente, acabou que teve consequência, uma criança. Eu fiquei feliz pra caramba, porque ela me dizia que não podia ter filho. Mas acho que foi no começo também, a gente não tava muito ligado um no outro. Aí quando ela engravidou a gente ficou mais unido, aí que resolvemos morar junto. Acho até que se o nosso filho tivesse falecido antes do casamento, a gente nem taria junto... Eu era novo. Não tinha muita experiência, e pegar três filhos grandes, difícil... Não ia dar certo... Mas casamos antes do neném nascer. *O casamento aconteceu mais por que ela tava grávida?* É... Total... Mas eu não me arrependo não. Nenhum momento eu me arrependi. Minha vida só mudou pra melhor... Tenho condições pra cuidar deles... Os filhos... *Quando ela engravidou ela também ficou feliz?* Ficou... Eu senti um pouco de arrependimento dela, ela não queria passar por isso [...]. Eu podia largar ela e ela ficar aí, prenha. Mais um filho... Já tava com três (Benício, casal 2).

No entanto, o primeiro bebê do casal nasceu com problemas graves de saúde e veio a óbito aos oito meses de vida. Beatriz relata que foi um processo doloroso, em que pode contar com todo auxílio do parceiro, da família e do seu ex-marido. Quando se viu amparada e

encorajada por Benício e pelos filhos, sentiu-se segura e motivada para tentar ter outro filho. Engravidou logo depois, mas a gestação foi interrompida espontaneamente no segundo mês.

Depois dessas duas perdas, não acreditava mais na possibilidade de engravidar e de manter a gestação até o final. Tal descrença, associada ao desejo pela concepção, justificava o não uso de métodos contraceptivos. Ficou absolutamente surpresa quando, durante exames ginecológicos de rotina, foi diagnosticada gestante de quatro meses. À época da entrevista, já estava no nono mês de gestação e preocupada com a garantia da laqueadura, processo ao qual desejava se submeter junto à cesárea. Havia participado de reuniões com o setor de planejamento familiar daquele hospital e cumprido todas as etapas para liberação do procedimento. Os principais motivos que embasavam a escolha pela laqueadura eram a idade dela e o número de filhos. Benício indica que essa decisão foi tomada por ela, mas que a apoiava.

A gestação atual teve algumas complicações, inclusive a necessidade de internação da gestante, dentre outros fatores, por desnutrição. Pode contar com o auxílio do parceiro; ele sempre a acompanha nas consultas de pré-natal, o que é facilitado pela ausência de vínculo formal de trabalho. Ademais, Benício destaca o suporte, financeiro e emocional, que o casal recebeu do grupo de pessoas da igreja ao qual eles pertencem durante as três gestações.

*Em que momentos da sua vida você acha que mais precisou de ajuda? Ah... Quando meu filho tava internado, minha esposa internada. Mas aí eu procuro a bênção, o que eu precisar lá e pedir, eles sempre estão dispostos a me ajudar, no que eu precisar: dinheiro, trabalho... Se eu tiver passando necessidade... Meu pastor diz que é pra isso mesmo que servem nossos dízimos. Oferta. Se precisar de qualquer coisa eles estão dispostos a ajudar. Meu filho faleceu, não gastei um centavo. A igreja que foi lá e pagou tudo. Então a igreja te ajuda financeiramente também... Ajuda! (Benício, casal 2).*

Além do apoio mútuo, Beatriz destaca como pilares do relacionamento o companheirismo, a reciprocidade, o cuidado do parceiro com os filhos dela e o compartilhamento da vida cotidiana.

*Parece ser mais pai do que o próprio pai. O que ele faz pelos seus filhos? Tudo. O que meus filhos precisar, ele faz. Trata muito bem; se tiver que chamar a atenção, chama; repreender, ele repreende; se meus filhos precisarem de qualquer coisa, ele está disposto a ir lá, ajudar. Então, eu não tenho o que reclamar. Não me deixa faltar nada. Porque se fosse olhar assim: “nossa, novinho, com uma mulher mais madura assim, só quer brincar”. Mas não, ele é uma pessoa bem responsável. A gente casou, direitinho, e eu vejo nele um marido exemplar. Às vezes, eu falo com ele assim: “se eu te conhecesse antes, eu não tinha casado com o primeiro” (risos) (Beatriz, casal 2).*

Já Benício aponta os valores morais e religiosos, evocando mais o senso de responsabilidade do que o afeto, reiterando as normas tradicionais de gênero. Ele relata dificuldades no relacionamento com os filhos da parceira e considera que essas rugas são consequência de seu senso de responsabilidade com os enteados e da “*obrigação de ser o homem da casa. De ser o provedor, e poder tá ali, poder cuidar dela e dos filhos dela*”.

A entrada do HIV na vida do casal ocorreu a partir do diagnóstico de Beatriz no quinto mês daquela gestação, durante o pré-natal. Ela relata com detalhes o processo extremamente doloroso da descoberta da soropositividade. Introduziu o assunto ao citar o apoio que recebia da igreja e se apressou em demarcar que não sabia a origem da infecção.

*A igreja te apoia de que forma? Em tudo: psicologicamente, mentalmente, em todos os sentidos. Me visitam, ligam pra mim, oram por mim. No momento que eu tive aqui internada, me apoiaram bem, vieram me visitar. Você ficou internada aqui durante essa gestação? Foi, fiquei 25 dias. Eu dei entrada aqui com diarreia, anemia e desnutrição. Aí, eu acho que foi na época que eu descobri que eu tava com vírus. Não me pergunte como eu peguei porque eu não sei. Aí eu dei entrada aqui muito debilitada, numa cadeira de rodas. [...] Eu tava com cinco pra seis meses. (Beatriz, casal 2).*

A sorologia de Benício ainda é desconhecida, apesar de já ter decorrido tempo suficiente para sua testagem e liberação do resultado. Ambos não deram muitas informações sobre esse processo de diagnóstico do parceiro. A fala de Benício parece confirmar que o tema da origem da infecção é um interdito, capaz de gerar conflitos “desnecessários” e, talvez, ameaçadores à manutenção do relacionamento e das identidades individuais.

*Ela tem ideia de como foi infectada? Não, nem quero conversar sobre isso. Senão pode rolar um constrangimento, uma briga, discussão. Pensando que eu passei pra ela e eu que ela passou pra mim. Mas acho que eu não tenho, eu já fiz antes e não deu, na primeira gravidez dela também não deu nada... Mas isso sempre vai ficar nas nossas cabeças. A dúvida sempre vai rolar. (Benício, casal 2)*

Ao dialogarmos mais adiante, Beatriz revela que foi submetida ao teste para HIV na maternidade municipal onde havia conseguido, após um longo e difícil percurso, uma vaga para acompanhamento pré-natal. Quando soube da gravidez atual, durante exames ginecológicos de rotina, foi considerada gestante de alto risco em virtude de sua idade e orientada a buscar acompanhamento nos hospitais da Baixada Fluminense, onde habita. Em quatro instituições não conseguiu vaga, mas em uma delas encontrou uma médica que decidiu escrever uma carta de encaminhamento a uma maternidade municipal na cidade do Rio de Janeiro, indicando a necessidade urgente de atendimento. Assim, após um mês e meio buscando iniciar o pré-natal, finalmente conseguiu ser acolhida e ingressar no cuidado institucionalizado. Em seguida, já no

quinto mês de gestação, fez o teste para HIV e depois o confirmatório. Foi comunicada do resultado positivo pela médica que já a acompanhava, na presença do parceiro.

Dessa vez, eles me receberam, porque na primeira vez que eu fui lá, não me receberam, porque eu não tinha essa carta. É um hospital grande, em Caxias. Aí a doutora – mão de Deus mesmo, né? – fez uma carta e mandou eu voltar pro Fernando Magalhães, e que dessa vez eu ia ser aceita por causa dessa carta. Aí, quando eu levei lá eu entreguei e fui recebida. Aí, de imediato, eles passaram todos os exames, tudo bonitinho. Aí, foi nessa época que eu fiz o exame de HIV. E *eles te comunicaram o resultado?* Não, aí eles pediram um outro exame, pra confirmar [...]. Aí no segundo que ela me chamou. [...] Aí ela me explicou. Eu levei foi um choque, né? *Você tava sozinha nesse momento?* Não, ele [marido] sempre me acompanha. [...] Na medida do possível, ele sempre veio, sempre vem. Por isso que eu digo que ele é companheiro, sabe? Tá sempre ali do meu lado, quer saber, se interessa, se preocupa...[...] *Ela [médica] chamou ele direto ou perguntou antes pra você se ele podia entrar junto contigo?* É, ela perguntou (Beatriz, casal 2).

Quanto aos sentimentos associados ao diagnóstico, ela afirma que a primeira ideia foi de morte iminente, posteriormente ressignificada a partir dos esclarecimentos feitos pela médica. Ela se emociona ao lembrar aquele momento.

*O que passou pela sua cabeça quando soube?* O que passa pela cabeça é que você vai morrer da noite pro dia. Aí, quando a doutora lá do Fernando Magalhães (choro) ... [pausa] Ah, foi tanta coisa que ela falou que eu não gravei nada. Eu só gravei o que ela disse: que eu estava com essa infecção. Apagou tudo, sabe? Falou também que eu tinha que procurar um médico, pra poder me tratar, porque aquilo ali não era o fim do mundo. Não significava que eu estava com a Aids, né, mas eu tinha que me cuidar e procurar saber os métodos, me prevenir, e que eu poderia viver 30, 40, 50 anos, se eu me cuidasse. Mas até você entender isso, você acha que você já tá no fim da vida, né? Eu saí de lá chocada (Beatriz, casal 2).

Segundo Beatriz, Benício teve uma reação tranquila quando soube do diagnóstico, sem grandes sobressaltos: *“por mais que ele fique chocado, espantado, ele não demonstra, ele fica muito tranquilo. Não sei se é o sistema nervoso, o que que é”*. Essa conduta parece estar alicerçada em sua visão religiosa e no entendimento do discurso biomédico, que minimiza a ideia da fatalidade da infecção.

Falei pra ela [parceira] “o que a gente pode fazer? A última palavra é do Senhor. Os homens tão falando que você tá, se tiver, vamos tomar o remédio. Eles não disseram que era só o vírus?”. Como vários médicos tem relatado pra nós, se seguir à risca, e foram até curado. Se não for curado, continuar a vida normal... Tomando certo pra não se agravar. *Você acha que tem cura pro HIV/Aids?* Ah, cura não... Mas com esses coquetéis, o vírus não avança. Então... Os médicos falam que muita gente que tomou no começo, depois o vírus sumiu. *A cura seria o quê?* Ficar livre dessa enfermidade, desse vírus que tenta nos destruir, nosso corpo. Que fica indefeso... (Benício, casal 2)

Beatriz parece não cogitar a possibilidade de o parceiro atual ter lhe transmitido o HIV, mesmo tendo a informação de que seu ex-marido, seu único parceiro sexual além de Benício,

havia sido testado negativo para HIV antes do diagnóstico dela, em exames pré-vasectomia. No transcorrer da entrevista, indica que a infecção ocorreu de forma iatrogênica, por fômites (instrumentos contaminados), durante procedimentos para curetagem após aborto espontâneo da segunda gestação. O fato de os exames anti-HIV realizados em todas as outras gestações terem dado negativos reforça sua hipótese.

*Você sabe ou tem ideia de como foi infectada?* Eu acho que – eu acho, não posso afirmar – mas foi depois da curetagem do segundo neném que eu perdi. [...] Porque tinha eu e mais uma moça, e eles deveriam de ter feito primeiro um exame, ter analisado tudo direitinho, e eles não fizeram nada disso. Chegaram pra fazer a curetagem, eu não sei se eles esterilizaram os negócios... Não sei nada disso. Só sei que me botaram lá, me deram um negócio pra dormir e quando eu acordei já tinham feito a curetagem. Daquele dia em diante, né, eu passei a ter, porque antes eu não tinha. Porque eu penso assim: se eu tivesse antes, acusaria nos outros exames (Beatriz, casal 2).

Quando abordada sobre as medidas preventivas da transmissão vertical e para o parceiro, Beatriz indica que desde antes do diagnóstico de HIV eles já usavam o preservativo masculino, pois Benício não via problemas no uso. Esse relato vai de encontro à ocorrência das três gestações ocorridas no período. Além disso, já estava informada sobre o impedimento da amamentação. Benício salienta que houve diminuição da frequência sexual do casal em virtude da gestação, considerada de risco, e não do HIV. Quanto ao preservativo, relata que estão usando de maneira consistente após o diagnóstico de HIV; revela que no início da vida sexual não se preocupava muito com a possibilidade de evitar doenças ou gravidez. Com o passar dos anos, adotou o uso da camisinha, que dependia sempre de uma avaliação sua sobre o risco que a parceria oferecia, utilizando critérios morais.

*Você se preocupava em evitar alguma doença?* Não, tinha não... Só mais velho mesmo. Quando eu comecei a sair e via que as mulheres eram muito rodadas e tinha que pegar... Eu tinha essa preocupação. Tinha vontade de não usar... *Como você conheceu o preservativo?* Foi mais na experiência de fazer. Até tinha vez que eu ia, conhecia uma menina e não tinha camisinha, nem rolava... Nem era porque ela podia ficar grávida, era medo de pegar doença mesmo. Aí fui comprando e deixando na carteira pra quando precisasse... Tinha umas que eu não queria usar, outras que eu não usava porque não tinha... (risos) [...] Na minha vida sempre peguei muitas mulheres e sempre foi de camisinha... Garotas educadas e de família, não era aquelas meninas que a gente encontrava de madrugada (Benício, casal 2).

Beatriz relata que as únicas pessoas que sabem sobre sua sorologia são o parceiro e dois amigos do casal, que sempre o ajudaram e poderiam oferecer apoio material e logístico neste momento delicado. Todos, segundo o casal, reagiram bem à notícia, sem discriminá-la. Benício cita ainda que não compartilha o diagnóstico da esposa com outras pessoas porque não quer se “*sentir como o coitado. Sentar num canto e ficar lá chorando*”. Beatriz fala do medo de sofrer

com o estigma da Aids nas relações sociais, por isso não revelou seu diagnóstico para irmãos e filhos. Em relação aos filhos, estava vivendo um dilema em função da prerrogativa médica de testá-los para HIV.

*Os profissionais daqui já te deram alguma recomendação desse tipo, de que seus outros filhos devem fazer o teste? É, falaram. É meio preocupante, né? Não digo assim, num sentido assim, de saber que tem, mas o que vai acontecer com a mente deles, né? Porque se eu, como adulta, não to preparada pra receber uma notícia dessa, imagine um adolescente? [...] Ah, eu acho que não to pronta pra contar isso não. Nem todo mundo recebe isso como... Não digo de bom agrado, mas nem todo mundo recebe isso bem. Sempre vão te ver como uma pessoa... Como se diz... É... Contaminada, como uma pessoa que não se preservou, sei lá... Qualquer coisa, porque ninguém imagina que possa ter pego sem querer, né, sem querer. E assim, eu falei pro meu marido assim: “não quero que conte pra ninguém”. Porque as pessoas te rejeitam. Te olham com outro olhar.... (Beatriz, casal 2).*

Quanto à recomendação sobre a não amamentação, Beatriz lamenta e descreve os sentimentos e o valor simbólico do ato para ela. Mas o casal já combinou uma justificativa para responder aos questionamentos direcionados ao não aleitamento materno (“*ela tá com umas bactérias*”).

*E o que significa pra você não poder amamentar? (pausa) Significa... uma ausência, né? Porque você amamentar uma criança, você se sente... É a sua metadezinha, né? Você sente aquela coisa, aquele carinho... Mesmo você sem amamentar, você dá aquele amor, mas é uma ligação diferente, né? Aquele contato, que você tem a necessidade de tá ali, amamentando, sustentando [gestante falou em tom mais alto, dando ênfase, em sua fala, à palavra destacada] o seu filho, coisa que dessa vez eu não vou sentir isso, né? Aquela sensação né, de você parar o seu tempo e dar mais atenção naquela hora (Beatriz, casal 2).*

Para finalizar a descrição deste casal, vale marcar que Benício, dentre todos os entrevistados, foi o único a formular uma crítica ao serviço especializado em que estavam sendo atendidos. Apesar de reconhecer a qualidade da assistência, se sentia incomodado com o número alto de profissionais envolvidos no cuidado da esposa e na alta exposição do casal às intervenções.

*Quando vocês chegaram aqui [serviço especializado] encaminhados, foi fácil conseguir consulta? Meio caminho andado pra cá, foi bom e rápido aqui. Mas parece que a gente virou exposição, chegamos na sala lá, aí toda hora chegava médico e ficava olhando e falando. Monte de gente olhando... Infectologista, ginecologista, monte de pergunta... (Benício, casal 2).*

### 3.3. CASAL 3 – CLÁUDIA E CARLOS

Este é o único casal sabidamente soroconcordante. Cláudia tem 26 anos e Carlos 37. Ambos se consideram pardos e se relacionam há quatro anos. Formalizaram o vínculo com o casamento civil há um ano, quando já coabitavam. Ela tinha o ensino médio completo e ele não concluiu o ensino fundamental. As causas para interrupção dos estudos foram distintas. Cláudia afirma não ter investido em um curso técnico ou superior em função do primeiro relacionamento estável com coabitação, pois era difícil conciliar os estudos com as tarefas domésticas. Já Carlos parou de estudar ao ingressar em atividade criminosa (homicídios, roubos, tráfico de drogas), em um cenário familiar e financeiro precário. Ele expressava-se bem e discorria com facilidade sobre os assuntos envolvidos na entrevista.

Os dois tiveram pouca relação com o pai, separado da mãe quando eles ainda estavam no início da infância. Outro ponto em comum: provêm de família nuclear pouco numerosa. Ela é filha única e ele tem apenas um irmão mais velho. Cláudia narra uma relação conflituosa com a mãe, que fazia uso abusivo de álcool e a tratava com violência. Seus pais se separaram quando ela tinha seis anos e, depois disso, não manteve contato com o pai. Aos 14 anos, após iniciar relacionamento com rapaz de idade muito superior à sua, decidiu fugir da casa materna. Sua mãe teve vários parceiros ao longo da vida, o que, na sua visão, afetavam a mãe e a relação entre as duas. Carlos contou que o ambiente familiar na infância também era violento; o pai fazia uso abusivo de álcool e outras drogas e agredia esposa e filhos verbal e fisicamente.

Carlos, há alguns anos, teve tuberculose, que associa ao tipo de trabalho exercido à época (gari), e ficou em estado grave. Assim que adoeceu, não conseguiu o benefício. Todavia, acionou a empresa judicialmente e ganhou a causa. Tais fatores marcaram uma ruptura biográfica. Depois da experiência, definida como “quase morte”, buscou apoio na religião para abandonar as atividades criminosas e o uso abusivo de drogas. Atualmente, ainda usa drogas, mas, na sua visão, de forma consciente, o que gera alguns conflitos com a parceira.

Aí peguei tuberculose e fiquei encostado um ano e dois mês pela empresa, mas sem receber. Aí coloquei na justiça, no INSS, aí ganhei um bom dinheiro. Aí eu já tava no hospital, fiquei internado, um mês. E igual a um palito, magrinho, se você visse... Minha mãe chorava pra caramba, todo mundo dizia que eu não passava dessa. Que eu ia morrer... Muito seco. Aí consegui passar por isso tudo, aí que eu fiquei devagar, fui pra igreja e tal... Comecei a procurar Jesus. Foi aí depois de um tempo que eu conheci a minha esposa (Carlos, casal 3).

Antigamente eu usava aquela coisa de gastar todo o meu dinheiro, se eu tivesse mil reais eu gastava mil reais em droga. Hoje eu já tenho mais controle. Eu... Tipo assim, que as pessoas dizem que a droga te faz, eu não deixo a droga me fazer, eu que faço a droga. Tipo assim, se eu for usar a droga eu pego um papel só de cinco conto ou de dez e pra mim acabou. E fico tomando

cerveja. Agora quando eu era solteiro, eu quanto mais usava, mais eu queria, dava ânsia de querer mais (Carlos, casal 3).

Carlos encontrou Cláudia em eventos ligados à igreja evangélica que ambos frequentavam. As duas filhas dele, que eram mais assíduas que o pai nos ritos religiosos, incentivavam-no a participar das cerimônias. Foi através delas que ele conheceu Cláudia, que mantinha, até aqueles dias, uma boa relação com as meninas. Em relação ao cenário de vida de Cláudia à época do encontro com o Carlos, é curioso que ele tenha descrito com mais detalhes do que ela, tocando em alguns assuntos que ela nem citou na sua entrevista. Parece que ela ocultou as informações, fornecidas pelo atual parceiro, por acreditar que traição e violência doméstica ferem sua honra e imagem social.

Ela é da mesma igreja das minhas filhas, ela comandava o grupo jovem. Aí ela ia lá pra casa pra conversar com as minhas filhas, só que ela era colada com um cara, morava com um cara há dez anos, desde os 15 anos. Mas só que ela ia lá pra casa e ela sempre explicava, conversava comigo e falava sobre a vida dela, o marido dela, que não vivia bem e tal. Que ele batia nela e não sei o que... Que ele era ruim. Aí eu saía e ela dizia “não vai sair não, hein?”. Ela ficava em cima... Aí teve um dia que eu não saí, liguei pra encontrar com ela, ela apareceu, porque o marido dela trabalhava a noite, dei um beijo nela e ela dormiu lá em casa e aconteceu. De manhã ela foi embora rapidinho, aí dali a gente foi se vendo, eu gostei dela e ela de mim, aí falei que não ia dividir ela com ninguém, aí ela pensou e tomou a decisão. Mas só que até ela decidir eu ficava indo pra casa dela mesmo ela casada, dormia lá. Um belo dia, ele apareceu, eu tava lá dentro, aí bati de frente e vi o que ia ser. Não dei mole... eu falei mais alto que ele, ele ficou com medo, pegou as coisas dele e foi embora. A mãe dela no início não gostava de mim, gostava do outro, e foi contra. Agora ela já mudou, aceitou e gosta de mim... Hoje ela me adora, pede pra eu ir na casa dela... Enche o saco (risos). Ela é sozinha, né? Então fica carente, quer que a gente vá lá sempre (Carlos, casal 3).

Conheci ele na igreja também. Ele ia com a mãe dele e com as filhas, porque ele ainda tava se recuperando da doença. Tava até mais magrinho ainda. *Você já sabia que ele tinha HIV?* Não, não sabia. Aí as filhas dele eram pequenas... Aí ele ficava me olhando muito, mas eu também nem prestava muita atenção. Porque eu não sou assim, de ficar prestando muita atenção. Quando eu to num lugar, eu to ali prestando atenção só no meu alvo, que é Deus. Então eu chegava, eu olhava, “oi, oi, oi”, “a paz, a paz, a paz” e ia orar. Aí as filhas dele vinham, conversavam, abraçavam, brincavam... Aí perguntou se eu tinha Orkut, porque na época o Orkut tava bombando né. Aí eu falei: “tenho”. “Então vamo lá em casa então, eu tenho computador, não sei o que...”. Só que eu não fui. Na primeira vez que elas chamaram, eu não fui, e nem na segunda. Aí na terceira eu já fui. Aí conversamos, começamos a fazer amizade... Eu fiquei amiga dele. Aí quando foi em outubro, de 2010, foi aniversário dele, dia 5, ela me ligou: “Ah, vem pra cá que é aniversário do meu pai”, e eu já tava até deitada, dormindo já. Aí eu: “não, não vou não porque eu já to dormindo”. Aí ele pegou o telefone delas: “Vem!”, que não sei o que, aí eu falei: “ah, já to dormindo, vô nada!”. “Poxa, vem, vem pro meu aniversário, po, não vai vir pro aniversário do seu amigo, não?”. Falei: “Tá, tá bom”. Aí troquei de roupa, descí... Aí tavam os vizinhos dele lá, a mãe dele, tudo lá, as crianças... Aí cheguei lá, tava com churrasco, refrigerante, cerveja, pra quem bebe... Aí ficamos lá. Aí, quando foi a hora de eu vir embora, já tava muito tarde, aí ele: “Não, dorme aí, que não sei o que...”. E as crianças também. Aí eu falei: “não, eu vou embora”. Aí a mãe dele: “Que embora, o que! Uma hora dessas... Fica aí, dorme aí”. Aí eu dormi e aí aconteceu.. Já tava rolando uma paquera antes, só que eu não dava muita confiança. Só que depois aconteceu, rolou. Mas rolou e rolou com camisinha (Cláudia, casal 3).

Cláudia inicia seu relato informando que Carlos era seu primeiro parceiro sexual e, após algumas perguntas, ainda que constrangida, conta sua história com o parceiro anterior. Aproveita este momento e introduz o assunto HIV, indicando, antes mesmo de ser questionada, a origem de sua infecção.

*Você tá com esse parceiro [Carlos] então desde os 14 anos? Isso. Foi com ele que você teve sua iniciação sexual, V.? Bom (risos), na verdade não foi com ele a primeira vez. [...]. Eu tô até com vergonha de falar... Ele é meu segundo parceiro. Eu fugi com outro, só que aí não deu certo e eu conheci esse. Foi com ele [Carlos] que eu peguei o HIV. Como você conheceu o primeiro? Ah, ele era meu vizinho. Aí mexia comigo, eu não dava confiança... Depois, com o tempo, com aquilo tudo que minha mãe fazia, eu peguei e aceitei ficar com ele. Ele pediu minha mãe, minha mãe deixou a gente namorar. Só que aí depois aconteceu o que tinha que acontecer. Ah... A gente teve a primeira relação e eu fugi e ficamos junto. Fiquei com ele durante 10 anos. Aí depois ele começou a me trair com outras mulheres, começou a beber, fazer coisas que eu não gostava... O que ele fazia que você não gostava? Ah, usava drogas, essas coisas assim.... Se ele queria fazer, que fizesse longe de casa, sem eu ver. Ele não, ele fazia em casa pra mim ver tudo aquilo, entendeu? Aí oferecia e eu não queria. Praticamente ele me obrigava. Aí eu tinha que sair correndo de casa, pra ir pra casa de alguém, pra poder ele me deixar em paz. (Cláudia, casal 3)*

Em outro trecho, Cláudia retoma a questão do convívio conflituoso com a mãe, que possivelmente contribuiu para que ela fosse coabitar aos 14 anos com o primeiro parceiro (muito mais velho que ela). Ela foi a única gestante que revelou que a mãe não era um apoio ou uma referência, mas a avó materna a ajudava, financeira e emocionalmente, até aqueles dias. Fica evidente a sensação de desamparo social vivida por Cláudia, antes com a mãe e depois com o primeiro parceiro.

*Com quantos anos você saiu da casa da sua mãe? Com 14 anos. Ah, porque a gente discutia muito. Tinha muita coisa nela que eu não aceitava: mentira, muitos homens... Nada disso eu aceitava. E nem aceito. Aí eu queria ir pra igreja também, ela às vezes proibia... Me trancava... Aí eu peguei e fugi. [...] Com quantos anos você acha que a relação com sua mãe começou a ter mais problemas? Ah, foi logo quando eu fiquei mocinha, quando eu tinha uns 12 anos... [...] Porque toda vez era um homem diferente que batia lá no portão. Às vezes, ela tava com um bebendo, aí batia outro e ela mandava eu mentir, dizer que ela não tava em casa, que ela tava dormindo (Cláudia, casal 3).*

A díade mora em uma casa própria em Senador Camará, zona oeste do Rio, área em que existe forte movimento do tráfico de drogas. Cláudia é evangélica e frequenta assiduamente os cultos e reuniões. A religião ocupa um lugar importante em sua vida e faz parte de sua rotina. Para Carlos, a igreja assumiu um papel relevante, principalmente por ter contribuído para sua recuperação física e moral após a “saída do crime” e a diminuição do uso de drogas. Nota-se que ele participa dos cultos por influência da parceira e das duas filhas, de outro relacionamento. Já Cláudia tinha o sonho de ser mãe, evidenciado pelas inúmeras tentativas anteriores,

frustradas e com desfechos negativos. Ela já tinha perdido seis gestações, em estágios diversos, por problemas de saúde. Ele a apoia e diz que quer ter “*um time de futebol*”.

A situação financeira do casal é precária. Carlos estava afastado há cinco anos do trabalho por motivo de doença, citada acima, recebendo benefício social do INSS (auxílio-doença), no valor de 1 SM. Essa era a única fonte de renda fixa do casal. Segundo Cláudia, o benefício havia sido suspenso nos últimos três meses, período em que a renda mensal ficou em torno de 200 reais. A gestante não trabalhava fora de casa e contava com ajuda financeira de familiares. Para complementar a renda, Carlos estava realizando trabalhos informais e temporários (“biscates”) na vizinhança. Ele ainda recebe os recursos do Bolsa Família, que repassa integralmente à mãe, que é a responsável pelo cuidado das suas filhas desde que sua ex-esposa faleceu. Segundo Carlos, é a parceira que administra os recursos financeiros do casal, também como uma forma de controlar os gastos com a compra de entorpecentes.

Sobre o relacionamento atual, ambos demonstram carinho e afeto pelo outro, indicando sensação de apoio mútuo. Cláudia destaca o diálogo entre eles como um ponto positivo do relacionamento e expõe que é o amor que sustenta a relação. Além disso, admira a relação de Carlos com o dinheiro (“*não faz muita questão desse negócio de dinheiro... de bens materiais*”), o que o difere do parceiro anterior (“*Se ele me desse dois reais, ele queria o troco*”). Ou seja, nos dois relacionamentos dependia financeiramente do parceiro, pois não exercia atividade remunerada, mas com Carlos tem mais autonomia no controle da renda familiar. Parece que o fato de o atual parceiro fazer uso de drogas lícitas e ilícitas e se sentir menos apto para administrar seus ganhos provenientes dos trabalhos informais e do benefício do INSS, faz com que ela assuma essa função. Ela não cita que o parceiro faz uso frequente de drogas lícitas e ilícitas.

Eu me lembro como se fosse hoje: a primeira compra que a gente foi fazer junto, aí ele falou: “filha, eu vou ali no açougue porque a carne aqui tá muito cara.”. Aí eu falei: “Tá”. Aí ele me deu um bom dinheiro, pra mim pagar as contas, enquanto ele foi pro açougue comprar as carnes. Aí sobrou um dinheiro. Aí eu fui dar a ele, junto com a notinha. Aí ele: “que me dar o quê! Isso aí é teu. Você não é minha esposa?”(Cláudia, casal 3).

*Quando o dinheiro entra no fim do mês, quem cuida dele? Quem faz as compras, paga as contas?* Ela! Tudo é ela... ponho tudo na mão dela. Quando eu quero tirar um dinheiro pra alguma coisa, uns 50 conto, ela vê e pergunta: “pra quê? Pra que que tu quer?”, aí eu: “ah filha você já sabe pra que que é, pras minhas besteiras” (risos). Beber minha cervejinha, dar meus tequinhos... Por que ela administra? Porque ela guarda melhor o dinheiro, dinheiro pra mim é vendaval. Eu gasto tudo em besteira. Então com ela não, ela já guarda, já sabe o que tem que comprar, compra coisa pra ela... Xampu, batom... (Carlos, casal 3).

Carlos assinala como negativo o ciúme da esposa, que pode ser observado enquanto fazíamos as entrevistas individuais. Cada entrevistadora ficou com um membro do casal, no mesmo prédio, mas em locais distintos. Cláudia ficou impaciente ao longo de toda a entrevista e pediu para a entrevistadora entrar em contato com a outra para informar que ela já havia finalizado e que precisava vê-lo. Diante da impossibilidade de contato telefônico, pediu para que a levasse até a sala em que Carlos estava sendo entrevistado.

Ela é apaixonada por mim e eu também. Mas eu não tenho o ciúme que ela tem. Com certeza ela tá pensando: “o que esses dois estão fazendo lá sozinho?” [*a entrevistadora e o informante estavam numa sala um pouco isolada e distante do serviço onde a gestante estava*]. Ela tem um ciúme danado, da minha mãe, das minhas filhas, um ciúme doentio mesmo (Carlos, casal 3).

Segundo Cláudia, depois de um ano de relacionamento, ela engravidou a primeira vez e eles decidiram coabitar. No entanto, ela abortou espontaneamente. Em seguida, teve outras duas perdas consecutivas, em idade gestacional bem avançada, ou seja, passou por todo o processo da gestação e parto e os bebês eram natimortos. Ela narra tais episódios como extremamente dolorosos, em virtude do seu sonho de ser mãe. Na entrevista, se refere a todas as perdas pelos nomes que já havia designado aos bebês ainda durante a gestação. Com o parceiro anterior, Cláudia já havia perdido outras três gravidezes.

A maternidade parece representar para Cláudia a consolidação do vínculo com o parceiro e a possibilidade de estruturar um novo núcleo familiar. Tendo em vista o valor da maternidade em sua vida, compreende-se a pouca preocupação com as medidas contraceptivas. Afirma que no início do relacionamento com Carlos eles adotaram o preservativo, mas o abandonaram pouco tempo depois, por resistência de Carlos e, segundo ele, para concretizarem a concepção.

Como dado de Saúde Pública, é de suma relevância destacar que, assim como aconteceu com Alice, gestante do casal 1, as causas de tantas perdas gestacionais de Cláudia tenham sido investigadas apenas quando ela ingressou no serviço especializado em PTV, após descoberta da gravidez atual.

O sonho dela era ser mãe e ela tá tentando... Ela perdeu três com esse marido e comigo foi três... Entendeu? O sonho dela é ter um filho e a gente tá sempre tentando. Mas só que ela tem um problema, a Dra. Silvia, tá fazendo acompanhamento... O outro que perdeu aqui no hospital, ela fez um estudo na placenta dela depois e descobriram que ela tem um vaso, tem uma hora que ele tampa e o bebe fica sem se alimentar. Aí a Dra. Silvia disse que ela tem q caminhar e não ficar parada. Tem que comer bastante peixe, carne e galinha, para esses vasos não tampar e caminhar bastante. Que tudo vai dar certo (Carlos, casal 3).

Então, a doutora que cuida da placenta [do setor de hematologia no mesmo hospital público do serviço especializado em PTV] viu que eu tenho uma química ruim. Eu gero, só que chega no meio, aos sete, seis meses, expulsa o bebê, aí nasce o bebê natimorto ou prematuro vivo e morre depois (Cláudia, casal 3).

Cláudia afirma que apesar de ter feito outros pré-natais, nunca havia sido submetida ao teste para HIV. É provável que tenha sido testada nas outras gravidezes, ainda que não tenha tomado conhecimento, em virtude de a equipe médica comumente não solicitar o consentimento de gestantes para esse procedimento no âmbito do cuidado pré-natal. Sobre o processo de descoberta, relata que foi bem informada e acolhida pela equipe que a comunicou sobre o resultado positivo do teste de HIV.

*Quem te comunicou o resultado do teste? Os enfermeiros. (...) Eu no leito mesmo eles levaram o papel e falaram (...) Bom, eles falaram só pra mim [quarto era coletivo], baixinho “você já sabia?”, aí eu: “de quê?”, “que você tá com HIV?”. Aí eu falei: “Eu, com HIV?”. Aí eles me explicaram tudinho... Aí a assistente social foi lá, foi também a psicóloga... Você foi bem atendida lá? Fui, fui (Cláudia, casal 3).*

Ao revelar sua surpresa frente ao diagnóstico, demonstra que tinha pouco conhecimento acerca das formas de transmissão do HIV, assim como medo de ter marcas corporais que a identificassem como portadora do vírus e gerassem ações discriminatórias.

*Você imaginava que um dia você podia pegar o vírus da Aids? Não. Porque assim, eu evitava de todas as formas, até de sentar num banheiro público... Até em casa de parentes mesmo, eu evitava de sentar, essas coisas toda, porque eu tinha muito medo de pegar essas coisas. Só que aconteceu. Ah, eu fiquei abalada, né? (...) Um desespero. Ah, eu achava que eu ia morrer. Ah, eu falei: “pronto, de gorda eu vou ficar magra, seca... As pessoas vão ficar falando coisas, às vezes até sem saber” (Cláudia, casal 3).*

Suas percepções iniciais sobre a doença estavam pautadas em histórias da vizinhança e comentários que circulam no senso comum acerca da infecção pelo HIV. Ao longo do tempo, sua visão mudou em função do contato com o serviço de saúde e da própria experiência da convivência com o HIV, onde diversas preocupações e medos não se concretizaram, como a ideia da marca física da Aids. Após o diagnóstico e ainda internada no hospital, ela decidiu contar a Carlos sobre sua sorologia, apesar do receio da sua reação. O principal medo era ele a abandonar, desfecho que não ocorreu.

*Aí eu falei pra ele, no ouvido dele, porque tava a minha mãe, a mãe dele, tudo ali na visita, na área da visita, quando eu tava internada. Aí eu chamei ele e falei no ouvido dele: “filho, eu tô com HIV”. Aí ele: “Tsc, to com você, não vou te abandonar”. Foi o melhor apoio que eu tive nessa hora, porque eu pensei que ele ia me abandonar. Eu falei assim: “poxa, eu vou falar pra ele, ele vai me largar, ele vai...”. (...) Ele deveria pensar assim: “po, ela já tava e não me falou,*

deve ter passado pra mim”, mas não. Ele não pensou e não falou nada, pelo contrário, me apoiou e falou que ia ficar comigo até o fim (...) Aí ficamos juntos, morando junto... (Cláudia, casal 3).

Diante da soropositividade da parceira, Carlos submeteu-se ao teste e foi diagnosticado com o vírus. Parece que neste momento começaram os conflitos entre o casal acerca da origem da infecção de ambos. Atualmente, com base no resultado positivo de Carlos e em diversas evidências e pistas, Cláudia acredita que ele já sabia que era soropositivo quando eles se conheceram. A aparência física de Carlos (*“muito magro”*), algumas falas da mãe dele em conversas informais e até a reação positiva do parceiro quando da revelação do diagnóstico dela, apoiam essa hipótese.

Porque quando eu conheci ele na igreja, ele ainda tava se recuperando, tava doente. Tem uma foto dele só em osso, osso e carne. Muito magro, muito magro... *Naquela época ele não sabia que tinha?* Diz ele que não, que quando tava internado não fizeram teste, não fizeram nada. Só que eu creio que fizeram né, só que não devem ter falado pra ele, devem ter falado pra mãe dele, né, e não pra ele. Tanto que a mãe dele, por um tempo, falou até pra mim: “você não tem medo de pegar nenhuma doença grave, que não tenha cura, que não tenha nada?”. *Antes de você saber do seu diagnóstico?* É, bem antes. Aí eu falei: “Não. Por que, ele é doente?”. Aí ela: “Não, por que ele não adoeceu? Ele tá se recuperando... Você não tem medo?”. Aí eu falei: “Não, ele não é saudável, não tem doença nenhuma?”. Aí ela: “Não, não tem não.”. *Então você acha que ela já sabia?* Eu creio que sim. (Cláudia, casal 3)

Carlos não confirma a versão de Cláudia; relata que quando soube que ela tinha HIV ficou preocupado com a possibilidade tanto de ter transmitido o vírus a ela, quanto de o ter contraído a partir dessa relação. *“Você começa a pensar um monte de besteira (...) Será que fui eu? Será que eu tô com isso também?”*. Ele narra sua surpresa diante do seu diagnóstico positivo e reforça que nunca tinha sido testado para HIV, mesmo na época em que teve um quadro grave de tuberculose, já descrito. Ele também não se via como alguém vulnerável à contração do HIV.

Eu e minha esposa entramos na internet pra saber também tudo sobre isso e já ficamos mais tranquilo. Mas, na primeira vez, quando a gente coisou, ficamos um acusando o outro: “foi você, você já teve mulher pra caramba, você foi piranha”. Foi uma briga danada, eu, ela... Eu triste, ela triste, ficou um negócio esquisito pra caramba, um desconfiando do outro. Ficou sei lá... Aí eu disse “filha, se fui eu, você me desculpa, porque eu também não sabia, como eu ia saber?” (Carlos, casal 3).

Apesar dos transtornos e abalos relacionados à origem da infecção, a relação foi mantida e eles seguiram com o plano da gravidez e, portanto, com o não uso de medidas contraceptivas. Os dois afirmam que nada mudou na relação entre eles após o diagnóstico de HIV. Cabe salientar que a coabitação e o casamento civil ocorreram depois do diagnóstico para HIV, o que

pode representar o fortalecimento da aliança conjugal. Para Carlos, sua adesão ao tratamento é melhor em função do apoio da parceira (“*ela vai lá e me lembra e me põe pra tomar*”).

Sobre a prevenção da transmissão do HIV neste contexto, apesar de certo desconhecimento de Cláudia sobre a possibilidade de transmissão cruzada entre parceiros soroconcordantes, o casal busca seguir as orientações médicas, como o uso regular do medicamento conforme prescrito pelos médicos. Ela iniciou o tratamento medicamentoso quando engravidou pela segunda vez de Carlos, ou seja, na gestação anterior, e tem ciência da importância da adesão para evitar a infecção do bebê e da utilização de camisinha nas relações sexuais entre eles. Fica evidente que o esforço para aderirem a tais práticas está mais vinculado à preocupação com a transmissão vertical do que com a possibilidade de reinfecção entre o casal.

Eu também fiquei sabendo através da doutora que o bebê nem pega também se tomar os remédios, que a pessoa pode ter e o bebê não pega. Eu já fui instruído nisso tudo. Fiquei mais feliz, por isso que a gente tá tentando direto, porque fazendo tudo direitinho o bebê não vai pegar. (Carlos, casal 3).

No entanto, Carlos indica que a adesão ao tratamento e ao discurso biomédico não é total. Por exemplo, a gestação atual foi planejada e Cláudia já estava sendo acompanhada pelo serviço especializado. Assim, a equipe orientou o casal sobre a importância de aguardarem o momento mais seguro para engravidarem, visando a reduzir o risco de transmissão vertical e cruzada, a partir da análise de indicadores biológicos (carga viral e CD4). Porém, Carlos revela que essa indicação não foi seguida. Além disso, relata que apesar do esforço, sente dificuldades no uso da camisinha masculina e que, por vezes, não a usa pois “*não dá tempo*”. Todavia, observa-se um empenho em buscar um método preventivo mais adequado ao casal, o único que cogitou usar a camisinha feminina.

Quando a gente se conheceu a gente botava camisinha, mas depois, com o sonho de ser mãe e ela separada, a gente parou. E eu também já não sou chegado a camisinha também, pra mim não é a mesma coisa, então... Até eu procurei a enfermeira pra ver se tinha camisinha de mulher, porque é mais fácil pra mim. Fomos na Praça XI buscar porque lá tinha, mas é muito difícil de encontrar... *Você conversou com os médicos lá do posto onde você trata do HIV sobre isso?* Falei. Ela disse pra ir na Praça XI ver a camisinha feminina ou então comprar. *O que sua mulher achou da camisinha feminina?* Ela falou que tem um ferro que machuca ela. Ela usou uma vez... (Carlos, casal 3).

Segundo Cláudia, depois da gestação atual ela planeja ter mais um filho – o parceiro a apoia – e depois fazer a esterilização cirúrgica. Isto indica que seus planos de concepção não

foram modificados em virtude da infecção pelo HIV. No entanto, ela julga que a família dela provavelmente não aprovará a decisão, em função da precária condição financeira do casal.

Quanto ao gerenciamento da condição sorológica na rede de sociabilidade, esta díade acordou em não revelar o diagnóstico a ninguém, apesar de Cláudia desconfiar que sua sogra já sabia da soropositividade de Carlos. Interessante destacar que esta estratégia foi adotada por do medo do preconceito, mas também a fim de proteger o casal de acusações de suas famílias de origem sobre a responsabilidade acerca da transmissão do HIV.

*Como você se sente em relação a sua mãe?* Ah, normal, porque eu já conheço quem ela é já, aí não fico muito abalada não. *Mas ela te dá algum apoio emocional, mesmo que não dê o apoio financeiro?* Ela não sabe que eu tenho nada, assim, sobre HIV... Ninguém sabe, na verdade. Nem da minha família, nem da dele. A gente preferiu não contar, pra não ficar um julgando aos outros. Ah: “foi por causa dele”, aí entendeu? (Cláudia, casal 3).

A gestação representa um desafio para manutenção do segredo, na medida em que mobiliza e aproxima a rede social da vida cotidiana do casal, que precisa de apoio. Eles já sabiam sobre as interdições biomédicas em relação à amamentação e Carlos conta que os dois pensam em estratégias para conseguirem manter em segredo o HIV nesse contexto. As principais ameaças ao sigilo, segundo ele, vêm das pessoas que ele crê que mais podem oferecer-lhes ajuda: suas mães e a avó materna de Cláudia.

A gente fica comentando um com o outro. Como vai ser, minha mãe, a mãe dela é chata pra caramba, quer saber de tudo “por que isso? Por que tanto médico você vai? Por que tira tanto sangue? O que vocês tem?”... A mãe dela muito mais que a minha. É que ela é filha única. Até a vó fica enchendo o saco. As duas fica em cima, ela tá até chorando: “aí filho, to com medo no dia do nosso filho nascer e eles ver eu com a faixa no peito. Porque é capaz de eles colocarem, né? Pra não... E vão ficar perguntando e o que eu vou fazer?”. Aí eu digo: “ah, filha, a gente vai ter que inventar alguma coisa aí, algum problema no leite, leite fraco, porque com certeza vão dar em cima da gente”... Ah... Ela botou a faixa quando ela perdeu o primeiro. Botaram pra secar o leite. E aí vão querer ver o bebê amamentando, aí tamo pensando ainda no que armar pra falar pra eles. *Vocês conversaram com a médica ou psicóloga sobre isso?* Não, vamo conversar ainda... Ou então a gente traz a mãe dela aqui e explica a psicóloga e médica pra ajudar a gente. (Carlos, casal 3).

A relação entre o casal parece de mútua dependência. Claudia revela que sua principal (e quase única) fonte de apoio e de amor é o Carlos, já que não tem irmãos, amigos e não tem uma boa relação com a mãe. O fato de ter vivido uma situação de discriminação logo depois de ter sido diagnosticada com HIV, ainda no hospital onde ficou internada após perda gestacional, reforça a ideia de que é preciso esconder seu diagnóstico a fim de evitar o preconceito. “*Eu tiro o rótulo do remédio lá em casa, e também ninguém entra no meu quarto, só eu e ele. Então, ninguém vê eu tomando*”.

Aí as enfermeiras falavam mesmo, que eu tinha [HIV], que não sei o que... Então, as outras pacientes começavam a rir da minha cara, zombar... Não queriam usar o banheiro que eu usava (...). Aí quando eu ia em um, teve uma lá que falou assim: “Ah, ela não vai usar esse não, porque se ela usar eu vou meter a porrada nela”. (...) Aí ficavam toda hora passando pelo quarto, querendo me ver, querendo me agredir. (...) Eles ficavam com receio de tirar sangue, por exemplo. Teve um que veio pra tirar sem luva, aí a outra: “Ih, não! Põe a luva porque se não tu vai ficar doente, porque essa aí tem HIV”, assim, bem alto. Aí ele falou: “não, que isso! Se tiver de pegar não é assim que se pega não. Só pega se eu tiver com algum machucado. Eu não to com machucado na mão. E picadinha não sai aquele sangue todo”. Aí ele não botou. Mas ela falou bem alto... (Cláudia, casal 3).

### 3.4. CASAL 4 – DANIELA E DIONÍSIO

Este é o casal com maior nível de escolaridade entre os entrevistados e também mais próximo aos valores individualistas (SALEM, 2007). Daniela, auto classificada negra, 39 anos, tem ensino superior incompleto; cursou três semestres da graduação em Administração, em faculdade privada, com subsídio financeiro expressivo (50% da mensalidade) da empresa onde trabalhou por 10 anos, com vínculo empregatício formal, na função de fiscal de terminal rodoviário. Teve que interromper os estudos na graduação frente à demissão deste emprego.

Há cinco anos ela trabalha como atendente em um supermercado, recebendo 1,5 SM e não desistiu de investir na sua qualificação profissional. Por indicação de colegas de trabalho, estava cursando, à época da entrevista, o último ano do curso técnico em administração, em instituição pública no turno noturno. Assim, conciliava estudo, trabalho formal e tarefas domésticas em uma rotina extenuante. A gestante trabalha desde os 12 anos de idade, tendo passado por diversos tipos de função, todas pouco remuneradas.

Dionísio, 48 anos, que também se auto classificou como negro, concluiu a graduação em Matemática e atua como professor em curso preparatório para concursos, do qual é sócio. Além disso, fez curso técnico em desenho de projetos e ministra aulas sobre o tema. Contou com o apoio emocional e financeiro dos pais para conseguir levar a cabo os estudos e afirma que começou a trabalhar muito jovem, a fim de arcar com custos de cursos preparatórios para vestibular e outras provas.

Ao falar sobre sua atual condição financeira, tema muito ressaltado ao longo da entrevista e associado ao desconforto por não estar sendo o provedor na nova família, Dionísio se refere ao contexto do casamento anterior, dissolvido há sete anos, época em que se encontrava em plena ascensão social pelo trabalho, gozando de bens (enumera vários deles: casa na praia, carro, boa casa própria) e renda satisfatória. Registra que o alcance de tal condição

foi possível em função de seu próprio trabalho e devido ao momento econômico favorável, marcado por uma maior oferta de emprego. Ele atuava como professor em sete escolas particulares. Ressalta que durante o processo de separação (não oficial) da ex-mulher, abriu mão dos bens materiais para que ela e seus dois únicos filhos (um rapaz de 18 anos e uma moça de 16) pudessem usufruí-los, além de pagar pensão alimentícia, destacando seu papel de pai provedor. Desse modo, justifica sua condição instável atual e valoriza o “espírito empreendedor” como estratégia individual para enfrentamento da crise.

Então, eu perdi tudo que eu tinha.... *Por que você perdeu?* Ah, acabou o casamento... Hoje eu sou muito mais feliz. Preferi ter deixado casa de praia, carro, tudo... Pra ir atrás... Ser feliz. (...) Você sabe que pra se sustentar, quando você é empreendedor, você tem que dá o melhor de si pra se sustentar. Então quanto mais você se dá, mais você se propaga a uma vida melhor. A dificuldade tá pra todo mundo, então tem que trabalhar até pra você ter um retorno, nem muito satisfatório, mas um retorno que dê pra você dar continuidade e não vir a falir (...) (Dionísio, casal 4).

Contudo, isso traz como desvantagem a instabilidade da renda que, segundo ele, varia entre 1000 a 3000 reais mensais e uma rotina intensa, que inclui, muitas vezes, o trabalho aos finais de semana. Daniela reconhece que o negócio do parceiro ainda está em seu início, o que o impede de colaborar com as despesas fixas da casa da mãe dela, onde moram há dois anos, arcadas principalmente pela sua mãe, que trabalha como empregada doméstica e recebe dois salários mínimos. Daniela não se queixa e percebe com naturalidade o fato de o parceiro não poder contribuir financeiramente naquele momento. Ela estava investindo grande parte de seus ganhos na construção da casa própria do casal, em Nova Iguaçu. No entanto, Dionísio demonstrou estar visivelmente preocupado em passar uma imagem de homem provedor, inteligente e trabalhador. Por exemplo, quando mobilizado a comparar sua renda com a da atual parceira, sentiu-se aparentemente desconfortável e não respondeu precisamente à questão, o que pode denotar certo constrangimento:

*Mas o dinheiro que você ganha é maior, menor ou igual ao que ela ganha?* Ó... Ultimamente... Já tive situações melhores... Ultimamente tá ainda complicado. Muito mesmo... Porque a gente tá fazendo a casa. Eu espero até esse mês tirar 1000 reais (Dionísio, casal 4).

Em relação à família de origem, os dois provêm de famílias numerosas, ele com cinco irmãos e ela com duas irmãs e um irmão. De acordo com Dionísio, a relação entre seu pai (falecido) e sua mãe (viva, em torno de 70 anos) sempre foi de muito afeto e carinho (“*Fomos muito bem-amados*”); enquanto Daniela conta que seus pais viveram um relacionamento abusivo, em que ambos se tratavam com muita violência. Essa vivência teve implicações em

sua percepção e em suas perspectivas sobre casamento. Ela destacou a postura “machista” do pai, hoje visto como uma pessoa com transtornos mentais.

*Como era a relação dos seus pais?* Horrível, brigavam, um batia no outro, chamava a polícia (...) Eu sempre falei isso pra minha mãe: “o dia que eu casar, deus me livre! Viver assim, nesse conflito, melhor não casar!”. *Como você acha que isso te afetou?* Sempre me afetou. Eu acho que o pai e a mãe, os pais brigam na frente dos filhos, isso prejudica a educação dos filhos. A minha irmã, por exemplo, ficou 7 anos no C.A., entendeu? O aprendizado da criança, o estado de nervos... Eu falo que para a infância de uma criança isso é muito ruim, não tem como criar um filho numa situação dessas... (Daniela, casal 4).

*E seu pai?* Às vezes ele vai lá em casa. Mas meu pai é “22”. 22? Ele sofreu um acidente na João Fortes quando ele tinha 32 anos. (...) Ele ouve vozes, fala sozinho (...). Antes do acidente ele não demonstrava sintomas, depois que criou coágulos na cabeça dele, acho que piorou a situação. Mas eu sempre falo pra minha mãe, acho que não foi só o acidente. Problemas do passado, né? Acho que a mãe dele, eu não cheguei a conhecer ela não, mas acho que tinha dois maridos, e eles dormiam na mesma cama. E toda vez que ele tinha crise, ele falava isso. Hoje em dia não fala mais, mas quando era novo falava, parecia meio revoltado e não aceitava aquela situação (Daniela, casal 4).

Quanto à religião, os dois se dizem da Igreja Batista. Contudo, Dionísio frequenta com maior assiduidade os cultos e outros eventos relacionados à igreja. Daniela entende que sua religiosidade e sua crença não estão ligadas à obrigatoriedade de participar, presencialmente, da rotina da instituição. Dionísio demarcou que era cristão desde o início da entrevista, mesmo quando ainda não havia sido interpelado sobre o tema. Este aspecto será particularmente relevante para entender alguns dos significados atribuídos por ele ao início do relacionamento com Daniela e à atual gestação, temas para o próximo tópico.

*Você consome álcool?* Não, sou cristão (...). *Você frequenta que igreja?* A mesma que a dela, Batista. *Você costuma frequentar?* A gente costuma ir, até pela situação que estamos vivendo... *Que situação?* Da criança, da gestação... A gente tá apostando em deus, o que tiver que tá fazendo, a gente faz (Dionísio, casal 4).

As trajetórias de Daniela e Dionísio cruzaram-se em 2008, em curso preparatório para concurso. Ele na posição de professor e ela como aluna. Daniela conta, com mais detalhes, como ocorreu a primeira aproximação:

Ele era professor de matemática e eu ainda não conhecia muito bem o lugar. Aí um dia eu saí tarde da aula e perguntei onde eu pegava ônibus pra ir pra casa. Aí ele disse: “ah, espera que a gente tá indo pra lá, você vai com a gente”. Ele tava com a ex-namorada dele. Aí ficamos conversando, eu falei um pouco da minha vida e ele da dele. Aí ele começou a se interessar por mim, a gente começou a se ver (Daniela, casal 4).

Aqui, um detalhe importante: Dionísio afirma que estava sem companheira na época em que conheceu a atual parceira e resume o interesse por Daniela em “*ah mulher, coisas da mulher que atrai. E eu assim, solto, tranquilo, não tinha namorada...*”. No momento do encontro, estava separado há dois anos da ex-esposa, com quem teve dois filhos. Fez questão de demarcar que, ao longo da sua vida, teve várias parceiras sexuais, inclusive em casos extraconjugais. Após o fim do casamento, período em que voltou a morar na casa da mãe, estava disposto a reconstruir a vida, sob novos valores, priorizando a felicidade e não bens materiais, como já apontado.

Daniela relata que não se sentiu atraída por Dionísio de imediato, mas decidiu testar uma atitude diferente da adotada em jogos de conquista e relacionamentos anteriores. O que contrariava uma postura tida como essencialmente feminina.

No início eu não queria muito não [sobre investidas dele], tinha namorado um monte de canalha... Mas aí eu pensei: “ah vou tentar, eu não gosto tanto dele, mas vou dar uma chance, vai que dá certo?”. Aí acabou dando certo. Eu acho que nós, mulheres, temos essa coisa de só namorar ou ficar com alguém que a gente goste muito, e os homens não, eles cantam qualquer mulher, independente de estar gostando ou não. Acho que todos os caras que eu namorei até hoje foi porque eu gostei ou me senti atraída. Eu tava interessada neles. Ele era só meu professor, não gostava dele. Mas resolvi testar e fazer diferente, dei uma chance pra ele (Daniela, casal 4).

Ela diz que não havia firmado outro relacionamento estável desde o término com seu primeiro namorado há alguns anos, com quem experimentou a iniciação sexual. Comenta que teve relações afetivo-sexuais pontuais com três parceiros diferentes, mas não foram boas experiências, evidenciando comportamentos naturalizados como masculinos que não a agradam, o que indica um certo questionamento das normas tradicionais de gênero.

Ah, porque os homens querem o que, né? Beber, farra... Diversão. E eu sou caseira. Então, a maioria dos caras era assim, bem o oposto de mim. Adorava ir pro baile, adorava beber. Eu nunca bebi, não fazia parte do mesmo ambiente. Então, a maioria das vezes eles iam sozinhos, eu não ia. Então eu não me sentia bem naquele ambiente. A maioria das mulheres, às vezes, faz só pra agradar o cara. Eu não. Eu tenho minha opinião; se eu não quiser, eu não vou. Desses três que eu fiquei, um era ciumento e tinha ciúme até da minha sombra. O outro bebia, ia pra farra e esquecia das responsabilidades. Ele até foi mandado embora por justa causa, que ele mostrou um atestado médico falso. Aí descobriram e deu maior problema. Então, não tive muitas experiências boas... (Daniela, casal 4).

Quanto às características do parceiro que a conquistaram, Daniela evidencia aspectos do caráter, em contraposição ao que Dionísio sugeriu ao dizer, sem aprofundamento, “*coisas da mulher que atrai*”. Ademais, ela demonstrou uma visão naturalizada acerca da conjugalidade e do viver “em par”, reforçando a idealização presente no imaginário social sobre o tema.

Ah, gosto de homem carinhoso, prestativo. A pessoa que tá sempre junto, que não é egoísta, aquela que quer ser servido e não quer servir. O ser humano precisa de alguém, não consegue viver sozinho (Daniela, casal 4).

Ela relata que, após alguns encontros, Dionísio demonstrou interesse em conhecer sua família, o que foi interpretado como um sinal de que o relacionamento estava adquirindo um status mais “sério”. Diante disto, viu-se obrigada a compartilhar com ele seu diagnóstico de HIV, conhecido há doze anos; tema que será abordado com mais profundidade no tópico a seguir. Assim, este relacionamento é marcado, desde o início, pelo HIV. Em 2011, após três anos de relacionamento, eles decidiram coabitar, na casa da mãe de Daniela. Porém, Dionísio, com orgulho, destaca o investimento do casal na construção da casa própria.

Olha, a situação tá difícil, porque a gente tá fazendo uma casa. E assim, não é casa do papai e da mamãe não! Estamos fazendo uma casa independente, não é no quintal de ninguém... Tamo pagando pedreiro, tamo devendo muito, né? Ela ganha um salário mínimo.... Inclusive eu to até procurando emprego à noite. Já tô trabalhando direto, mas como estamos querendo ter o nosso lugarzinho, ter convívio único... (Dionísio, casal 4).

Todas as tarefas domésticas ficam a cargo das duas mulheres: Daniela e sua mãe. Dionísio, pela rotina intensa de trabalho, relata que não consegue ajudar como gostaria nas atividades relacionadas à manutenção do lar. Contudo, ressalta que desempenha tarefas vistas como masculinas (realização de pequenos consertos e ajustes na estrutura física) no ambiente doméstico, além de lavar suas próprias roupas e fazer compras para a casa.

Interessante pontuar que a rotina relatada por Daniela é tão extenuante quanto a dele, pois ela trabalha em horário comercial e estuda à noite. Sai e chega em casa praticamente no mesmo horário que Dionísio e ainda o ajuda no curso, em tarefas de secretariado, nos finais de semana. Ela não manifesta descontentamento com isto, o que indica naturalização dos papéis de gênero. Por conta do cotidiano árduo, cogita abandonar o curso técnico.

Sexta-feira eu não tenho aula, então é o dia que eu faxino a casa, a minha mãe fica só com a comida. Eu sou um pouquinho chatinha com as coisas de casa.... Aí, na minha folga, eu chego um pouquinho mais cedo e faço tudo. Sábado eu também pego mais tarde, às vezes, no mercado. *E o parceiro, ajuda?* Ele? Ele é bonzinho... Ele quase não fica em casa. Porque ele é professor e tá abrindo um curso preparatório. Ele sai de manhã, 8 horas, e chega tarde também, umas 10 horas. Sábado ele tem um curso de desenho, que ele também dá aula (...). Então, eu trabalho no mercado, né? Trabalho todos os dias e folgo um dia na semana. Mas a minha rotina é: eu levanto 7 horas, saio de casa 8, vou pro trabalho, saio do trabalho, vou pro curso que eu faço (...) e volto pra casa, chego umas 10 e meia... 10 e 40 ou 11 horas... Tomo um banho, como alguma coisa e vou dormir. *E final de semana?* Ah, muito difícil eu sair, porque sempre tem alguma coisa pra fazer: roupa pra lavar, coisas para você colocar em dia.... Não dá muito tempo. (...) *Você pensou em abandonar o curso ou o trabalho quando você descobriu que tava grávida?* Eu penso todo o tempo (risos). Eu não quero, né? Mas não sei se vou conseguir ficar até o final.... Porque é lá no Juscelino, e eu tenho que subir uma escadaria! Depois uma rampa, então eu não sei... Vou levando até quando eu aguentar. O ruim é que o curso técnico de colégio público vai acabar. Por

isso que eu to tentando levar até o final, porque eu detesto deixar as coisas pela metade. Aí, quer dizer, depois que mudar, você só vai conseguir fazer curso técnico nessas escolas especiais, FAETEC... tão brigando pra que não acabe (Daniela, casal 4).

A solução proposta pelo parceiro, a fim de que Daniela tenha a rotina de trabalho e de estudo atenuada, é que a parceira deixe de trabalhar após o nascimento do filho: *“Eu tô querendo batalhar bastante para que ela possa ter essa gestação tranquila, né? Um período todo de resguardo e assim, se puder, ela não ter que voltar a trabalhar e cuidar do pequeno”*. Mas Daniela tem dúvidas sobre a pertinência dessa decisão.

*E teu parceiro vê como essa tua rotina, te apoia? Apoia mais ou menos. Agora, por exemplo: ele diz que não é legal ter um filho criado pelos outros. Ele diz que organizando as coisas deles, ele prefere que eu saia do trabalho, né? Mas a gente se dá muito bem, estamos cinco anos juntos e nunca brigamos ou discutimos. Sempre conversa, nossa relação é muito boa. E o que você acha disso? De parar de trabalhar? Eu fico pensando o tempo todo nisso.... Mas acho que não. Eu to acostumada desde os 12 anos a ter meu dinheiro.... Então não sei.... É uma experiência que eu nunca vivi, né? Ainda não tomei essa decisão (Daniela, casal 4).*

A gestação atual contribuiu, segundo o casal, para o fortalecimento do vínculo entre eles. *“Se eu a amava antes, agora eu amo muito mais. São duas pessoas pra eu amar.”* (Dionísio, casal 4). Daniela assinala que não tinha o casamento como um projeto de vida, na medida em que sua experiência mais próxima, o relacionamento conturbado dos pais, contribuiu para uma visão depreciativa acerca da instituição, repensada a partir do vínculo com Dionísio. Por outro lado, sempre pensou em ter filhos, desvinculando a ideia do casamento como contexto obrigatório para reprodução.

*Acho que a gente quando é jovem fica pensando no que a gente quer pra nossa vida, eu determinei isso... Tanto que antes eu fazia uma visão do casamento totalmente diferente. Tanto que eu falava: “eu quero ter filho, mas casar eu não quero não”. Mas nem todo mundo é igual, né? Eu vejo pelo Dionísio, meu marido, é uma pessoa maravilhosa, carinhoso e compreensivo. Então... (Daniela, casal 4).*

O casamento entre os dois ainda não havia sido oficializado, em função de o parceiro não estar separado legalmente. A ideia de reciprocidade da relação está presente no relato de ambos, que falam com carinho e respeito sobre o outro. Os depoimentos revelam que o relacionamento está alicerçado por valores como diálogo, apoio emocional e financeiro, compartilhamento de dimensões da vida e projetos a dois. A presença do parceiro nas consultas do acompanhamento pré-natal, possível por conta da natureza do trabalho de Dionísio, reforça

o apoio citado pelo casal. São ocultados os conflitos e divergências, comuns aos relacionamentos íntimos.

Estamos há cinco anos juntos, não temos aborrecimento, nos damos muito bem. (...) Eu quero fazer ela feliz, eu sou feliz. (...) A gente estuda junto (...). A gente tá sempre vendo filme. Fazemos tudo juntos.... Se um tem que esperar uma hora, uma hora e meia, espera, pra ir junto pra casa. Dormir junto.... *Que tipo de apoio você recebe dela?* Todo. Emotivo, financeiro. Se tiver que me ajudar, algum dinheiro pra me emprestar... Qualquer coisa. Qual apoio que ela recebe de você? Tudo. Recíproco. Eu sou um cara participante... Todo mundo vê isso e inveja a nossa relação. (...) Tudo dá muito certo entre nós (Dionísio, casal 4).

Mas a gente se dá muito bem, estamos cinco anos juntos e nunca brigamos ou discutimos. Sempre conversa, nossa relação é muito boa. (...) Hoje em dia eu gosto muito dele, tenho muita admiração por ele, ele é muito guerreiro. Tá sempre ajudando as pessoas, sem até pedir ou mandar, faz por iniciativa. Ele conserta tudo dentro de casa... (Daniela, casal 4).

A Aids entra na história deste casal pela biografia de Daniela, que se descobriu HIV positiva em 2001, durante bateria de exames para doar sangue junto ao HEMORIO. Após o primeiro resultado, foi comunicada pela equipe de saúde que havia um problema (mas sem referência ao HIV) e submetida a novo teste, que confirmou a soropositividade. Assim, foi logo direcionada a uma policlínica da rede municipal de saúde do Rio de Janeiro, onde foi acolhida e acompanhada. Sua reação diante do diagnóstico do HIV foi de surpresa e incredulidade, pois não se identificava com pessoas que eram publicamente HIV positivas. A percepção fatalista da Aids, cercada de receios acerca do exercício da sexualidade, foi sendo ressignificada pelo acolhimento no serviço de saúde, com a convivência com o vírus ao longo dos últimos doze anos e pelas mudanças ocorridas ao longo da epidemia, como o acesso a novos medicamentos com menos efeitos colaterais. Destaca ainda a importância da mídia na conformação do imaginário social acerca da infecção pelo HIV.

A gente via tantos casos na televisão, muitas pessoas morrendo, há 12 anos atrás, era muito pior. Muita gente morria. (...) Olha, eu tinha pânico dessa doença, só de ouvir falar (...). Na verdade, eu nem acreditei, né, que eu tinha HIV. Porque eu não tinha muitos parceiros, era meu primeiro namorado. Então, eu pensei: “impossível eu estar”. Aí depois veio o outro, porque eles repetem né? Teve outro, aí quando eu fiz o exame de novo, ali naquele PAN do lado do Largo da Carioca, e deu positivo de novo, que caiu a ficha (Daniela, casal 4).

*O que você conhecia do HIV antes do diagnóstico?* Eu conhecia bastante, que tinha que usar preservativo, na TV mostrava muito isso. Mas há 12 anos atrás a mídia pegava muito pesado com relação a isso, número de pessoas com HIV, as pessoas morrendo.... Eu ficava assustada com tudo aquilo que mostravam. A prevenção, a estatística de pessoas com HIV e pessoas que tinham morrido pelo HIV. Um pouco em pânico com isso. *E depois que você entrou no cenário do HIV e do tratamento, das palestras e conversas com os médicos, o que mudou?* Mudou que eu sei que sendo responsável, tendo uma vida boa e tomando o remédio certinho eu vou ficar bem, não vou morrer (Daniela, casal 4).

Quando soube do diagnóstico, foi provocada pela equipe de saúde a formular hipóteses sobre a origem da infecção e a orientar o parceiro acerca da necessidade de ele fazer o teste. Antes disso, compartilhou com o então namorado (E.), seu único parceiro sexual até aquele momento e com quem estava junto desde os 18 anos, que era soropositiva. Ele reagiu com tranquilidade, fez o teste e foi identificado como positivo. Daniela afirma não acreditar que E. tenha sido infectado por via sexual, por percebê-lo como alguém pouco sociável e atraente. Tal percepção justificava o não uso da camisinha nas relações sexuais. Mantinha sua crença sobre a origem da infecção associada ao trabalho de dentista do ex-parceiro, mesmo diante das investidas médicas em desacreditá-la:

*Camisinha nunca usaram?* Não. O E. era um cara muito estranho, nunca tinha trabalhado, nunca tinha saído de casa, era um homem mais velho.... Nunca tinha tido namorada, era um cara feio (risos). Ele tinha um conceito meio antiquado: pra ele, namorou, casou e viver eternamente com aquela mulher (...). Eu conto isso pras pessoas e ninguém acredita, mas a mãe dele deu uma cadeira de dentista pra ele. E ele começou a atender as pessoas na casa dele mesmo. Mas ele não era muito cuidadoso e aquelas luvas não protegem a pessoa de verdade, né? Aí ele tinha contato direto com o sangue dos pacientes.... Eu acredito que ele tenha se contaminado assim. Porque ele não saía de casa pra nada, eu que saía mais que ele. (...) Mas quando eu contei pra médica, ela duvidou e olhou com cara de surpresa pra mim. Toda vez que eu conto essa história pros profissionais de saúde, eles duvidam. Mas eu tenho essa visão porque eu conhecia a pessoa que tava comigo, eu sei quem ele era (Daniela, casal 4).

A partir do diagnóstico, Daniela ressignificou sua antiga relação e crê que a infecção pelo HIV foi um bom e encorajador motivo para colocar fim àquele relacionamento, que não lhe era satisfatório:

Eu, até na época que namorava o E. e sentia uma vontade de terminar com ele, eu pensava: “ah não, vai que eu arrumo outro namorado, transo com ele e pego HIV? Melhor continuar com o E. mesmo”. Eu tinha medo de pegar qualquer coisa, mas deus nos ensina. Eu tava presa a uma pessoa e a gente não tinha mais nada, vivia infeliz. Queria terminar e não conseguia. (...) Quando eu soube que eu tava com HIV e ele também, foi até mais fácil (...). Foi a minha liberdade, porque eu tive coragem de terminar com ele. Nós tínhamos apenas um segredo e um acordo de manter esse segredo. Não tinha mais como a gente ficar junto, eu fui esfriando e perdendo a admiração por ele, tudo eu que fazia, eu que trabalhava e pagava as coisas. Eu ficava pensando: “como é que eu vou ter filho e casar com esse cara? Ele não faz nada!” (... ) Eu acho que se não tivesse acontecido nada, talvez eu estivesse empurrando com a barriga até hoje, entendeu? Com medo de outro relacionamento e de se contaminar. Porque eu via as notícias, as pessoas morrendo.... Te deixa um pouco em pânico. Então, tem mal que vem pra bem (Daniela, casal 4).

Destaca-se que o segredo sobre o diagnóstico foi pactuado entre ela e o ex-parceiro e mantido até a morte dele, ocorrida algum tempo depois do fim do relacionamento, por tuberculose. “*Nem sei se a família dele descobriu ou não. Porque quando ele morreu não sei se os médicos contaram*”. Daniela optou por não compartilhar sua sorologia com ninguém até encontrar Dionísio, sete anos após o diagnóstico; tempo que parece ter sido suficiente para

reinterpretar a infecção e a si mesma. Após conhecer Dionísio e perceber que a relação tendia a se tornar estável, sentiu-se obrigada a informá-lo sobre sua sorologia. Desde o término do primeiro namoro, havia mantido relacionamentos pontuais, mas não sentia necessidade de revelar a informação sobre o HIV para os parceiros. Interessante que ela não descreve as estratégias que adotou para contar sobre seu diagnóstico a Dionísio, nem os sentimentos e expectativas envolvidos. Contudo, ele lança luz sobre o tema em diversos momentos do seu relato.

Eu contei pra ele depois que a gente saiu algumas vezes. A gente foi pro parque e começamos a namorar. Aí depois de um tempo ele disse que queria conhecer meus pais e minha casa. Aí então eu disse: “olha, eu tenho que contar uma coisa pra você” – antes mesmo dele conhecer minha família. Porque senão eu ia apresentar, depois contava e ele sumia. O que eu ia dizer pra minha mãe? (...) Mas essa coisa do HIV positivo, por exemplo, ninguém sabe. Só mesmo ele, porque eu acho que o parceiro tem que saber, pra conhecer os riscos que ele tem de pegar o vírus... (Daniela, casal 4)

E logo que eu conheci ela, no primeiro tempo, ela me falou que era... Soropositiva. *E como foi?* Complicado, ela me fez uma carta. Não me esqueço... Estávamos começando a se conhecer. Não rolou sexo e nada disso... Isso que me conquistou. A sinceridade, acho isso muito importante, as pessoas gostam de se esconder. (...) Ela me entregou e saiu. Aí percebi, pelo vidro da sala onde ela tava, a carinha de desespero. Aí eu fui e disse que não tinha problema nenhum... Achei louvável ela ter sido sincera comigo (Dionísio, casal 4).

Pode-se deduzir que Daniela não descartava a possibilidade de uma reação negativa do parceiro, como discriminação e/ou término do relacionamento. Para a gestante, Dionísio interpretou a soropositividade dela a partir do referencial religioso, de predestinação. Ele, por sua vez, afirma que seus conhecimentos sobre as formas de infecção do vírus foram suficientes para compreender a situação e não ter medo ou preconceito.

Quando eu contei, ele disse: “é, eu já tava preparado pra isso. Deus tinha me avisado. De um homem que tinha um relacionamento com uma mulher com o vírus HIV”. Aí eu: “como assim?”, aí ele: “é, eu tive uma revelação a respeito disso. Você é a mulher que Deus me mandou mesmo”. Ele tinha se separado da mulher dele tinha seis anos, tava andando com uma e depois com outra, tava meio perdido. Aí acabamos ficando junto até hoje. E temos um bom relacionamento (Daniela, casal 4).

Nota-se que a revelação do diagnóstico reforçou os laços que estavam sendo construídos. Por um lado, Dionísio revela que a sinceridade de Daniela em lhe contar sobre o HIV no início do relacionamento o impressionou positivamente, ressaltando a honestidade como um valor estruturante da relação. Quanto à Daniela, fica evidente seu medo de sofrer estigma; o fato de Dionísio ter reagido bem a fez valorizá-lo mais, entendendo como algo grandioso e digno ele ter ficado com ela, a despeito da diferença sorológica. Os significados atribuídos à reação dele diante da revelação do diagnóstico de HIV parecem influenciar o modo

como Daniela fala do relacionamento. Ela não aponta problemas, conflitos e nem falhas do parceiro. Ao contrário, ela enaltece suas características positivas.

Quem são as pessoas mais importantes pra você hoje? Minha mãe e o Dionísio. E, agora, o filho que tá vindo. (...) Ah, minha mãe porque ela faz tudo pela gente. E o Dionísio.... Ele não é HIV positivo. E assim, eu acho que é uma grande prova de amor.... (...) Aceitar as diferenças.... Hoje em dia é muito difícil (Daniela, casal 4).

Tendo em vista as questões assinaladas, tem-se que o HIV significou o fortalecimento do vínculo afetivo do casal, principalmente no que tange à admiração mútua, ao menos no nível do discurso. Sobre aspectos relacionados à sexualidade, Daniela é sucinta, mas sua trajetória permite deduzir que este era um tema considerado tabu na família, o que contrastava com sua curiosidade sobre o assunto. Nos comentários sobre sua iniciação sexual, estes tópicos emergiram:

Desde os 12 anos eu tinha essa curiosidade, ficava ouvindo as meninas, as moças comentarem pelos banheiros as coisas... Queria saber o que era a relação sexual mesmo. Quando eu fiz 21 eu resolvi saber se aquilo era mesmo bom como todo mundo falava (...). Minha mãe tinha mania de falar que se a gente encostasse no namorado.... Eu era meio bobinha, acreditava muito no que ela dizia. E o medo de ficar grávida? (risos). (...) Eu lembro daquela novela, “Bebê a bordo”, e aí falavam de “bebê de proveta”. Aí eu fui perguntar pra ela. Ela me deu um tapa no rosto e disse: “você tá muito adiantadinha pro meu gosto” (risos). Eu acho que ela mesmo era ignorante dessas coisas, sabe? Depois na novela mesmo eu descobri o que era... (Daniela, casal 4)

Por ter ingressado cedo no mercado de trabalho formal, a gestante teve plano de saúde e, através dele, acompanhamento ginecológico. Contudo, o acesso não contribuiu para um diálogo sobre sexualidade, pois nas consultas o profissional a questionava apenas sobre a prática ou não de relação sexual e ela, por sua vez, sentia-se constrangida em fazer perguntas acerca do assunto. Para tirar as dúvidas sobre a vida sexual, recorria à internet: “*Eu pesquiso tudo.... Muito fácil procurar nos sites. No Google, joga as palavras que você procura*”. Ela não aborda temas relacionados à sexualidade fora do âmbito da reprodução ou prevenção do HIV. Dionísio, ao contrário, versa com entusiasmo sobre suas experiências sexuais, enfatizando o grande número de parceiras que teve ao longo da vida. Quanto à prevenção do HIV/Aids ao parceiro, os discursos da díade não convergem no que tange às medidas adotadas. Enquanto Dionísio afirma que eles usam camisinha sempre, Daniela revela:

Eu falei pra ele que a gente tinha que usar preservativo e tal. Mas ele não quis, não aceitou. Então, eu acho assim, no início você tem que falar do seu problema e explicar que tem que usar, depois é por conta do outro. Eu tentei explicar do risco e tal, mas ele disse que eu era uma mulher como qualquer outra. Ele não tem medo de não usar o preservativo não... (Daniela, casal 4).

A versão de Daniela parece se aproximar mais da realidade, na medida em os relatos de Dionísio indicam o uso de métodos preventivos, como o preservativo, apenas em relações pontuais, inclusive extraconjugais, com o principal objetivo de evitar a gravidez, apesar de ter informações sobre HIV/Aids e outras IST e acesso facilitado ao preservativo masculino. Nos relacionamentos estáveis, afirma que usava o coito interrompido e o anticoncepcional feminino.

Quase sempre tive casos de mulheres que eu percebia que queriam engravidar de mim. Se fosse por mim, eu tava com mais de dez filhos (risos). Eu sempre me cuidei, não aceito dizer que a mulher que manda, quando vocês querem ter um filho. O homem faz parte disso, eu só tenho filho quando eu quero. (...) Até porque eu sempre tive uma situação. Agora que eu tô na decadência mesmo, mas sempre tive uma situação boa. Então, pra elas deixarem um filho... (...) Sempre me cuidei. Então se cuidando, camisinha, camisinha... E eu ouvia historinhas do tipo: “se eu engravidar vou deixar o filho na porta da tua mãe”. Então era mais uma relação, simplesmente, não estável. (...) Com ela foi o contrário, eu queria construir uma vida com ela (Dionísio, casal 4).

Além disso, Dionísio confirma a impressão de Daniela sobre o parceiro não ter medo de contrair o HIV: “*não tenho medo nenhum, não passa... Tenho problemas tão maiores, de dívidas econômicas, da nossa casa, que eu não tenho tempo pra pensar que pode morrer, que pode acontecer...*”. Para ele, a realização do teste rotineiramente é uma forma de prevenção. Quando questionado sobre a testagem:

Hoje mesmo eu colhi sangue. Faço constantemente. Eu sei de toda consciência, que ele esconde, você pode ser e estar escondido e só aparece daqui, a dez anos. Que as pessoas falam isso... Mas aí eu venho fazendo todos os exames. E daqui a um mês, quando a gente voltar, vou pegar o resultado, eu mesmo lembrei a enfermeira (Dionísio, casal 4).

Concluindo, em termos de práticas preventivas, depreende-se que Daniela argumenta sobre a importância do uso regular do preservativo, mas a decisão sobre o uso fica a cargo, em última instância, de Dionísio. Embora ele tenha dito que eles usam sempre, ela declara o contrário. A importância da adesão ao tratamento e da baixa carga viral como fatores protetores ou preventivos do HIV, assim como a PREP e a PEP, não são citadas pelos entrevistados. Outra dimensão da prevenção do HIV/Aids na vida do casal é a PTV. A gravidez atual era a primeira gestação dela e um projeto seu, não necessariamente vinculado a uma relação estável, e que dependia de uma decisão (não naturalização da gestação como destino de mulheres e/ou casais).

Eu achava que essa missão de educar um filho era muito séria, muito complicado (...). Um filho tem que ser educado da melhor forma possível. E eu achava muitas coisas erradas na educação da minha mãe, da minha irmã com as filhas dela. Observando essas coisas... Os erros... (...) Eu tinha um pensamento ruim do casamento, da relação, então não achava a ideia de ter um filho sozinha ruim. É melhor viver sozinha com um filho do que um casal em conflito na frente da

criança. Que nem meu pai e minha mãe, que se tratavam com soco, pontapé, minha mãe com marcas no rosto, sabe? São marcas que ficam pro resto da vida.. (...) Quando eu conheci ele, percebi que ele podia ser um pai maravilhoso, pelo jeito que ele trata a minha sobrinha, até os dois filhos dele. Ele ta sempre perto dos filhos dele (Daniela, casal 4).

Quando se descobriu HIV positiva, acreditou que não poderia realizar o desejo de ser mãe, pois passaria o vírus para o bebê. Este assunto só foi abordado por um médico que passou a acompanhá-la após seis anos de tratamento.

O médico dela sempre falava pra ela: “você tá passando da idade. Já tem que pensar em engravidar”, toda vez que ela ia ele dizia. Ele dava apoio. Foi isso que nos fez ter essa confiança em ter um filho. (...) *Como você se sentiu quando descobriu que a Daniela tava grávida?* Então, eu leio muito.... Eu sou professor, né? Então.... Eu gosto de ver televisão, não só rádio, mas tudo que é de informação, leio jornal, me interesse por pesquisas, né? Então eu já tinha um conhecimento de que poderia, sem problema nenhum, de ter um filho em relação a isso. E se não pudesse também, nós seríamos felizes do mesmo jeito! Eu poderia adotar... (Dionísio, casal 4).

Fica claro que Daniela tinha mais desejo de filhos do que Dionísio, que já era pai de dois. Ele diz que cedeu em função do seu amor pela parceira e por entender que “*filho é uma benção*”. Contudo, o contexto social já abordado oferece elementos que podem indicar que o desejo de ter filhos de Daniela se sobrepôs ao de Dionísio em função de ela estar provendo a família naquele momento. Ainda que a gravidez tenha sido abordada no âmbito biomédico, eles revelaram que não adotaram nenhuma forma específica de prevenção do HIV durante as tentativas de engravidar.

Quando nós resolvemos ter, ela teria que saber se poderia engravidar ou não. Aí eu falei: “olha, se você deixar eu gozar dentro, aí já era, existe muita chance de você engravidar”. Aí ela dizia: “ah, mas eu quero, eu quero esse filho”. (...) *A gravidez foi planejada?* Foi... Mesmo com todas as dificuldades... Nós estávamos evitando.... Mas com a idade dela [39] e tudo... Tenho medo de perdê-los... As pesquisas dizem que mudou um pouco, que com essa idade não é tão arriscada (Dionísio, casal 4).

E a gravidez foi acordada com o médico, você conversou com ele antes e disse que queria? Não, ele só falou um dia que era possível e eu fui lá e fiz... (...) Eu parei de tomar remédio, mas foi muito rápido, pensei que depois de tanto tempo tomando pílula eu fosse engravidar com dificuldade... (Daniela, casal 4)

Ambos estavam felizes com a gestação e contam com o apoio da família de Daniela. Dionísio mostra-se um parceiro presente e demonstra preocupação com a gravidez.

Ontem eu fiz uma entrevista e a psicóloga perguntou assim pra mim: “o que foi a coisa mais feliz que te aconteceu recentemente?”. Aí eu disse: “foi meu filho”. Eu já tenho dois, mas eu converso, brinco, falo muito com ele, gravamos a primeira ultra que nós batemos. Tô todo bobo”. (Dionísio, casal 4)

Ele cogita a possibilidade de fazer vasectomia e já procurou se informar sobre o procedimento. Eles não sabem se querem ter mais filhos em função mais da idade da Daniela e das condições materiais de vida do que pelo HIV. Entretanto, a gestação mostra-se como um evento tenso, em que o segredo do casal sobre o HIV é ameaçado, tendo em vista que a gestação tende a ampliar a rede de apoio de mulheres e casais. Em relação a esta rede, a principal fonte de apoio material e emocional do casal é a mãe de Daniela. Porém, ela não conhece o diagnóstico positivo da filha. A revelação do HIV pode representar perda de auxílio e risco de exposição à discriminação. Tal fato tem implicações, por exemplo, na escolha de quem acompanhará a gestante no momento do parto e no reforço do vínculo entre o casal (o segredo os une).

Como ninguém da minha família sabe, vai ser complicado... Eu vou ter que inventar uma história pra poder... Minha mãe quer saber de tudo, ela mesma queria me acompanhar aqui Eu faço tratamento. Desde 2001... *E sua mãe, não via você tomando remédio?* Não, porque a minha vida sempre foi muito na rua. Trabalhava e estudava, então... Além disso, eu tinha meu quarto e ela não mexia nas minhas coisas (Daniela, casal 4).

Considerando que a prevenção da transmissão vertical implica em medicação antes, durante e após o parto, a interdição da amamentação e a necessidade de cuidado em serviços especializados, a gravidez pode comprometer o segredo acerca do HIV. O casal versa sobre isso ao longo da entrevista, indicando as estratégias adotadas para ocultação da soropositividade.

*E como faz pra tomar o medicamento?* Tudo escondido... Muito complicado. Por isso que eu tô participando disso com vocês [pesquisa]. Como eu gostaria... Eu to escrevendo um livro, “Desenhos da Vida”, e eu queria colocar isso, porque é muito importante, como as pessoas são ignorantes em relação a isso. As pessoas vão tentar se afastar... Pensa no convívio, vão ficar com pena. Não é pena que tem que ter, é ajuda. Ela pensava que nunca mais seria capaz de resgatar a vida dela. (...) A mãe dela fala toda hora: “dar leite de peito”, não sei o quê, não sei o que lá (Dionísio, casal 4).

O medo de sofrer com o estigma do HIV, reforçado por uma situação de discriminação no âmbito do serviço de saúde, mesmo após diversos anos de diagnóstico, dificulta o acesso de Daniela a benefícios sociais, como o passe livre no sistema de transporte público.

E uma vez nós fomos lá embaixo tirar sangue dela e eles fizeram uma discriminação, assim, tanto que... O pessoal daqui contou: fizeram uma separação para atender essas pessoas, porque antes era junto. Quando a gente chega lá para fazer o teste, eu sempre falo pra ela que não precisa dizer que nós somos da DIP [Departamento de Doenças Infecto-parasitárias], não precisa falar... Aí fomos lá, fizemos o teste, tranquilamente. *Mas ela tem passe?* Não, não tem. Porque a pessoa passa pela frente, né? (Dionísio, casal 4).

Teve um dia que eu fui tirar sangue lá embaixo [em geral, as gestantes colhem sangue no DIP]. O tratamento lá é totalmente diferente daqui.(...) O rapaz ficou me deixando por último, porque viu que eu era encaminhada do DIP. Ele tirou sangue do meu braço de qualquer jeito, ficou um hematoma (Daniela, casal 4).

### 3.5. CASAL 5 – ELISA E EDUARDO

Eduardo tem 30 anos e se declarou negro. Mora com a mãe, o irmão e um sobrinho, em casa própria da família, no bairro de Padre Miguel, na zona oeste do Rio de Janeiro. O pai faleceu há quatro anos. A mãe é técnica de enfermagem aposentada, recebe a pensão do pai de Eduardo e, quando necessário, para complementar renda, oferece o serviço de faxineira. Ele discorre sobre a mãe com admiração.

Ela é aposentada, tem a pensão do meu pai e trabalha, dá o jeito dela lá.... Vende uns negócios, quando ela cisma, ela é muito guerreira, então de vez em quando ela faz faxina pra fora, mesmo sendo técnica de enfermagem... Ela faz o que aparece e o que tá afim de fazer (Eduardo, casal 5).

Eduardo trabalha como segurança em um hospital psiquiátrico, tendo passado, com a mesma função, em várias outras instituições no campo da saúde. Este dado é relevante, pois por diversas vezes afirma ter informações sobre a infecção pelo HIV e também sobre métodos anticoncepcionais em função destas vivências. Recebe em torno de 1 SM por mês. Sobre a renda familiar total, relata que o irmão não contribui com as despesas domésticas e que não sabe os ganhos mensais da mãe. Eduardo concluiu o Ensino Médio e diz que o sonho de ingressar na faculdade foi adiado em prol do desejo de ser jogador de futebol profissional, tendo feito algumas tentativas, que incluíram morar fora do país.

Eu terminei o ensino médio cedo, com 17 anos. Mas eu tinha o sonho de jogar bola. Eu não queria mais estudar, a faculdade não era tão importante quanto o futebol. Foi com 17 anos que fui pra França, jogar futebol lá, então... Terminei os estudos eu tava na França, eu só voltei de lá pra fazer as últimas provas e depois voltei pra França. (...) Eu treinava no América [clube na Tijuca] e um agente, empresário, me viu e me ofereceu de ir pra França, aliás o maior safado que eu já conheci na vida (risos). Ele juntou alguns meninos pra levar pra Paris, fazer uns testes pro clube Paris Saint-Germain e chegando lá ele deixou a gente. A gente deu um dinheiro pra ele, era pra ter hospedagem, mas dormimos no clube, mas ele foi embora. Ficamos dormindo na rua, sem comer. Eu passei em alguns testes e eu acabei ficando na sede do clube, sendo bancado por eles, minha sorte foi essa. Eu fiquei no clube alguns meses e voltava pro Brasil de folga... E no meio disso eu conclui os estudos. *Por quanto tempo você ficou investindo nessa carreira?* Até os 22 anos. No ano que eu ia me profissionalizar, no Vasco, eu desisti. Acabou no dia que eu fiquei puto, que eu via que tinha muito mais pra dar e as pessoas não me davam oportunidade. No Vasco, eu não tinha empresário, meu pai que pagava as minhas coisas, passagem, chuteira, e... Acontecia muita covardia, você sabia que tinha potencial, mas não era valorizado porque não tinha um empresário, alguém que pudesse te ajudar, indicar. Eu disputava uma posição com um

cara que não tinha habilidade e condição de ganhar titulação e ganhava... As coisas foram me aborrecendo e... Teve uma vez que me pai foi me acordar pra treinar e eu disse “cara, não vou mais, vou estudar, trabalhar, fazer outra coisa” (Eduardo, casal 5).

Depois da decepção em relação à carreira no futebol, ele investiu em um lava-jato de automóveis e passou a ter uma renda que considerava alta. No entanto, por ser trabalhador autônomo, não tinha garantidos alguns direitos trabalhistas e, alertado pela mãe, redefiniu sua área de atuação profissional (valor do trabalho com carteira assinada).

Fui trabalhar. Aí comecei abrindo um lava-jato pra mim, que deu bastante lucro pra mim. Aí eu fiquei pirado (risos), comecei a gastar tudo que eu ganhava, louco, eu tinha base de 200 reais por dia. Dependendo do dia, fazia até mais, então, no fim de semana eu tava com 1500 no bolso e não queria saber, tava novo... Guardar dinheiro pra quê? Gasto hoje, semana que vem eu tenho mais.... Aí minha mãe chamou minha atenção, pra que eu trabalhasse e tivesse uma carteira assinada. Aí, com 24 anos, eu fiz um curso de segurança, porque é uma área que eu gosto. Fiz o curso, entrei no ramo. E foi adiante até agora, mas acho que já tá na hora de mudar. Pretendo juntar dinheiro, fazer uns cursos e mudar de área (Eduardo, casal 5).

Já sua parceira, Elisa, tem 23 anos e também se auto declara negra. Estava na sua terceira gestação, todas no âmbito do relacionamento com Eduardo, mas havia perdido as duas anteriores espontaneamente. Ela trabalha desde os 15 anos, tendo sido cuidadora de crianças, operadora de caixa em supermercado e atendente em lojas. Atualmente, trabalha como atendente em supermercado, recebendo, mensalmente, menos de 1 SM. Com sua renda, arca com as principais despesas da casa alugada em que mora com a mãe. Só o valor do aluguel consome metade do salário da gestante. Além disso, como trabalha no turno das 14 às 22 horas, ajuda a mãe a cuidar de crianças em casa no período da manhã. Eduardo a apoia financeiramente, quando ela julga necessário. Assim como o parceiro, admira muito a mãe. Os pais se separaram quando ela ainda era criança e não tem boa relação com pai, que não ofereceu, ao longo de sua vida, apoio afetivo nem financeiro. Tanto Eduardo quanto Elisa provêm de núcleos familiares pequenos, tendo apenas 1 irmão. Os dois definem-se como católicos, mas não frequentam regularmente os eventos ou cerimônias religiosas.

O casal se conheceu há seis anos em um evento de música. Ela revela que não teve interesse inicial em estabelecer um relacionamento com Eduardo por julgar que ele não queria compromisso ou algo “mais sério” com ela. Contudo, durante a semana em que se conheceram, ele foi demonstrando, por atitudes, que não agia como o imaginado por Elisa. Ela faz questão de pontuar que tiveram a primeira relação sexual apenas após três meses de namoro.

Eu conheci ele num pagode, falei assim: “ah não quer nada com nada...”. E ele mostrou que ele queria.... Conheci ele num domingo, na segunda-feira ele já foi me buscar na escola, porque eu

trabalhava e estudava, aí foi me buscar na escola. Aí, todo dia ele ia lá em casa, ligava todo dia, aí depois veio querendo me namorar, antes de começar os dias dos namorados... Aí eu falei: “esse papo tá muito estranho, né? ”. Tô querendo namorar, vou dizer que tenho namorado antes do dia dos namorados, aí depois vai... E eu dizendo que não, não e acabou que depois de... Aí, antes da semana do dia dos namorados, eu aceitei a namorar com ele... Aí ficamo, fomo ficando... Aí depois de três meses que eu tinha conhecido, que eu me senti segura que ele realmente queria ficar comigo, aí a gente foi e se envolveu mais (Elisa, casal 5).

Eduardo corrobora o discurso da parceira sobre o primeiro encontro e indica que o que o atraiu em Elisa e o mantém no relacionamento foi o modo da parceira estar no mundo e se comportar no ambiente social, destacando a expectativa de claros papéis tradicionais de gênero, reafirmados por Elisa.

Ela é diferente de todas, até porque ela me conquistou muito. Ela tem um jeito que eu gosto, ela é respeitosa, séria, não tem essa coisa de muita amiga, de tititi, de sair, muita fofquinha, mulher em casa... Ela tem muito isso que eu gosto muito. (...). Sem contar a postura, a postura dela me agrada, não sorri pra qualquer pessoa. Apesar de eu ser assim... Porque mulher que sorri pra todo mundo, se você tá na rua e o cara te elogia, diz que você é bonita, e você sorri, o homem acha que tá dando mole. Não fica escutando o que os outros tem pra falar... Qualquer homem que for falar com ela na rua ela não vai prestar atenção, não vai responder. Eu confio muito nela... E ela confia em mim também (Eduardo, casal 5).

Cabe destacar que a confiança de Eduardo em Elisa parece ter tido influência em certa despreocupação com métodos contraceptivos e de prevenção de Aids e outras IST. Ela não se encaixava no perfil de pessoas que ele julgava que teriam uma IST, tema que será abordado adiante. Sobre o relacionamento, os dois afirmam que embora haja diferença e conflitos, mais destacados por Eduardo, os dois se gostam e se admiram. Ele faz questão de demarcar que a paciência e tolerância de Elisa quanto a alguns comportamentos dele foram fundamentais para manutenção da relação.

O Eduardo é muito simpático, é muito dado, muito fácil de fazer amizade, ele se dá com todo mundo, ri pra todo mundo, e assim, e eu já sou mais fechada (...). Eu não me misturo, eu não ando pela casa dos outros.... Então, os outros me acham muito metida, eu sou muito assim, da minha casa pro meu trabalho, quando eu tinha que sair pras minhas farras, eu saía pra longe, não perto de casa. Então, as pessoas sempre me acharam muito nojenta, muito insuportável e eu não sou assim ... (Elisa, casal 5).

Ela é muito ciumenta, pelo fato de eu estar na rua, ela fica encucada. Eu sou muito rueiro, gosto de ficar na rua, bebo umas cervejas, jogo bola com os amigos, jogar conversa fora. E ela se incomoda com essas saídas, porque acha que vai ter mulher no meio (risos). A gente é um pouco diferente, ela é muito ríspida, meio séria, meio grossa, é... Pessoa difícil de lidar, e eu tenho jogo de cintura, então levo numa boa. Mas ela é uma pessoa com bom coração, prestativa, amiga, mas, é difícil... Você pode perguntar as coisas pra ela e ela difícil de te responder... Fechada. Eu que tenho que ficar em cima perguntando. Muito quieta (Eduardo, casal 5).

Nos momentos em que o casal esteve separado, Elisa interrompeu o uso do método anticoncepcional injetável ao qual havia aderido como resultado de negociação com Eduardo, que desde o início do relacionamento se mostrou contrário ao uso de preservativo. Argumentava sobre a “confiança” mútua entre os parceiros. Dos homens entrevistados, apenas Eduardo demonstrou participar, até de forma um pouco autoritária, da decisão sobre o uso de métodos contraceptivos.

Foi depois que eu tive minha primeira relação, aí eu comecei a conversar com ele a respeito que eu não tomava remédio e ele ficava marcando em cima de mim que a partir daí eu tinha que começar a tomar, tal.... Aí ele marcou a médica pra mim no trabalho dele e foi onde ela trocou meu remédio... Aí ele comprava todo mês certinho a injeção. Aí eu parei e fiquei sete meses sem tomar a injeção. Porque eu falei que eu não tava engravidando, aí eu falei: “ah não vou tomar”. (...) Ah, o pessoal ficava falando: “ah você toma injeção? Você é maluca, porque injeção seca o útero” (Elisa, casal 5).

(...) Eu sempre fui muito consciente. Eu tenho um irmão mais velho que tem três filhos com três mulheres diferentes, e eu tenho uma coisa de olhar a vida alheia e tirar exemplos. E dentro da minha casa eu tenho um cara que casou três vezes e tem um filho em cada um deles e eu sempre não quis pra mim isso. Eu quero ter um filho com a mulher que eu vou casar e ficar. E ponto. (...) Na verdade, eu sempre fui louco pra ser pai, mas até os 22, 24 anos não passava pela minha cabeça ter um filho. Até porque eu tinha uma carreira em vista, eu era jogador de futebol, um mundo pra correr pra depois pensar em ter filho. Queria saber em ter uma carreira, em ganhar muito dinheiro, esses eram meus pensamentos. (...) Hoje não, hoje eu tenho 30 anos, tá na hora, e eu sempre achei que filho de pai velho dá trabalho. Quando você tá muito velho pra cuidar dos teus filhos, você acaba virando um bobo. É essa a minha concepção (Eduardo, casal 5).

Quando eu a conheci eu falei do anticoncepcional, que era importante, eu cobrei. Mas depois ela teve uns problemas com a pílula, esquecia e tal, aí eu chamei ela pra conversar e falei da injeção, que a minha mãe poderia arrumar no posto. Aí com a injeção não tinha essa coisa de esquecer. Foi tomada a decisão junto, não foi de uma parte ou de outro, foi junto. *E como aconteceu a gravidez?* A gente tava brigado, ela tinha parado de tomar a injeção. E nesses flashbacks, antes do meu aniversário, a gente se encontrou e acabamos ficando e acho que foi quando rolou a gravidez dela... (Eduardo, casal 5).

Elisa afirma sempre ter se preocupado com o uso do preservativo, para prevenir doenças, e com o uso da pílula anticoncepcional para evitar gravidez. Mas já na primeira relação sexual com Eduardo houve certo constrangimento quanto ao uso do preservativo, provocado pelo parceiro, que, de alguma forma, confirma tal perspectiva.

Olha só... (risos). Eu acho que é o seguinte, eu acho que é o momento. Chega um momento que você tá usando e a intimidade é tão grande que.... Eu, você nem pensa, a intimidade, a confiança na pessoa, que ela [camisinha] tá aqui, mas eu vou pegar pra quê? Eu já to com ela há um tempão, eu acho que com o convívio, com a confiança, as pessoas abandonam sem, sem ao menos pensar sobre.... Vou abandonar mesmo, sem a necessidade de pensar. Quando é uma pessoa estranha, você tá na pegação, saindo com várias pessoas, transando com várias pessoas, você usa. Você pensa, não confia, não sabe quem é, da onde vem, então, você pensa em usar. Mas com o tempo, com a confiança, você perde essa noção de tem que ir lá e pegar e usar. Vai mais no inconsciente mesmo.... (Eduardo, casal 5).

Especificamente sobre a gestação atual, pode-se dizer que ela reforçou os vínculos afetivos do casal, dando novo sentido ao relacionamento. O evento acelerou os planos de coabitação do casal.

Na verdade, eu tava construindo em cima da casa da minha mãe, um cantinho pra mim. Até a bebê vir (risos) e aí, como ela mora com a mãe dela, eu continuei com a obra. Mas quando o bebê nascer eu vou ver alguma coisa pra comprar pra nós (Eduardo, casal 5).

A gravidez atual é o assunto mais recorrente ao longo da entrevista de Eduardo, que informa diversas mudanças no seu jeito de ver o mundo, viver e eleger prioridades. Por exemplo, ele trabalha em escala de 12 por 36 horas, duas vezes por semana e prevê que este horário será mais adequado para que ele possa ajudar nos cuidados com a criança.

Como eu to com a bebê pra vir ao mundo, é uma possibilidade de eu ter todos os dias sempre de manhã, até a tarde para eu estar perto dela e da mãe dela. Tá ajudando elas, até porque vai ter um período que elas vão precisar mais da minha ajuda, pra ela não ficar sozinha, e a noite tem alguém pra ficar, auxiliar. Mas no dia que não tiver eu vou estar em casa, então fica mais fácil. (...). Antes eu vivia o agora e amanhã eu vivo depois. Mas com a chegada do bebe tá me fazendo pensar no amanhã, no que a minha filha vai precisar ter, o que passar pra ela. Na verdade, dar o exemplo pra criança, acho que a criança é o espelho dos pais, e nos precisamos dar exemplos. Então eu quero ser um bom exemplo pra ela, a chegada dela tá me fazendo mudar minhas ações, meus pensamentos. Não de uma vez, não to explodindo, mas ... devagarinho eu to me moldando, na medida do possível pra chegada dela. (Eduardo, casal 5)

Houve, ao longo de todo o relacionamento, uma despreocupação com os métodos anticoncepcionais, em virtude da estabilidade do vínculo (eram noivos); de Eduardo entender que aquele momento era propício e de Elisa sentir-se segura de que o parceiro assumiria a gravidez, emocional e financeiramente.

A ginecologista explicou que na troca do método [de pílula para anticoncepcional injetável] não podia ter relação porque seria muito mais fácil, com a mudança do remédio, até o organismo acostumar... Era mais fácil pegar uma gravidez. Aí eu peguei e não usei, a gente não usava, entendeu? *Mas isso passava na sua cabeça, assim, a questão da gravidez?* A questão da gravidez passava, mas assim, primeiro... Eu me sentia segura porque ele tinha vontade de ser pai, ele queria ser pai... Ele falava. Aí assim, se amanhã ou depois eu engravidar, eu tô segura porque ele vai, tenho certeza que ele vai me apoiar, ele vai tá do meu lado. Mas assim, quando aconteceu a primeira vez, ele tava desempregado, aí ficou um ano sem trabalhar, eu descobri que eu tava grávida... (Elisa, casal 5).

Eu já curti a minha vida inteira, eu conheço o Rio de Janeiro de ponta a ponta, eu já fui em todos os lugares possíveis, viajei pra um montão de lugar, acho que eu já fiz tudo que eu tinha que fazer, agora é cuidar do meu filho que tá vindo (Eduardo, casal 5).

Apesar de haver desejo de filhos e de eles não usarem métodos contraceptivos de maneira regular, a gestação é entendida como não planejada. A interpretação de Eduardo acerca desse conceito de planejamento é pautada por uma lógica de classes.

Não, não foi planejada não. Na verdade, filho pra pobre acontece. Pra pobre nunca é planejado (risos). Quando você planeja, você já sabe o que vai acontecer, você está guardando algumas coisas, e quando ‘acontece’ não, você TEM que fazer. É a hora de fazer, você não tá calçado. E pobre geralmente é assim, nós não planejamos. A gente viu quando ela falou que o ciclo dela tava atrasado e quando nós fomos ver ela tava gestante. Até o quarto mês tava tudo tranquilo, mas aí a gente viu que tem um monte de coisa pra fazer... Coisas pra comprar, pra agilizar, e a gente tá fazendo tudo de uma vez, então não teve planejamento algum... *Quando você fala que o pobre não planeja, você quer dizer que em geral eles são pegos de surpresa ou não planejam de fato um futuro?* Na verdade, são pegos de surpresa. Eu acho que todo mundo quer planejar a sua vida, seus filhos, mas com o pobre não acontece... O pobre trabalha pra pagar suas contas e pra tentar ter uma vida melhor e no meio disso tudo acontece as coisas. Se tem uma namorada ou não tem, tá noivo ou não está, aí vem o filho. (...) Então as pessoas que têm situação financeira mais acessível, eles tem como planejar com mais facilidade, o pobre não tem como. Ou ele trabalha, ou ele estuda e trabalha, e tira um fim de semana pra tomar uma cerveja, pra sair com a sua namorada e a vida é..., é muito corrida, e as coisas vão acontecendo, algumas ele tem controle, outras vão acontecendo. E uma delas é filho. Se você tá há muito tempo com uma pessoa, você esquece que existe preservativo, a partir do momento que você: “ah, cinco meses de namoro”, você simplesmente esquece que a camisinha existe. Até porque ninguém gosta de chupar bala com papel. E aí começa o grande risco. “Eu só confio na minha namorada porque ela toma o remédio, só confio na minha namorada porque estou há muito tempo com ela. Ela toma remédio então não vai acontecer filho”. Mas aí tem aquele dia que ela esquece a pílula, tem aquele mês que ela ainda não tomou a injeção e tá naquele periodozinho fértil, aí então o pobre não tem muito planejamento porque não tem muito tempo pra pensar, tem que correr atrás da vida (Eduardo, casal 5).

Assim como já indicado, essa era a terceira gestação do casal. Eles perderam, espontaneamente, as duas primeiras. Eduardo indica que na segunda gestação o contexto socioeconômico do casal estava complicado, por ele estar desempregado; por isso, a díade conversou sobre a possibilidade de aborto à época.

Eu acho que as pessoas fazem o que é melhor pra si, eu não to aqui pra julgar. Eu também não acho correto colocar uma criança no mundo pra sofrer. Ah é muito bonito falar que o aborto não é uma coisa boa quando os pais tem uma situação financeira boa. (...) Só quem sabe é quem passa, eu acho horrível passar na rua e ver um montão de filho de usuário de droga, abandonado na rua, moram na rua, mulheres com uma barriga enorme, crianças que vão viver na pobreza, na sujeira, no lixo, no meio de drogas. Então pra sociedade é muito bonito não fazer aborto e colocar um filho no mundo, sem pensar em tudo que ele vai sofrer. (...) Eu não acho que seja uma coisa legal, do tipo: “ah se engravidar eu tenho o aborto”, não é necessário pra qualquer coisa ou forma, mas algumas situações não é cabível colocar um filho no mundo pra passar necessidade, passar fome, não ter o que vestir, não poder estudar. Quando falta isso tudo, vai faltar amor e a criança nasce e cresce com raiva. (...) Nós somos pobres, mas eu tenho certeza que a minha filha vai ter tudo. Eu tenho pra dar pra ela, por mais que tenha dificuldade. Eu não trabalho, a mãe dela não trabalha? Então... Tá na guerra, na luta, com sacrifício, mas tá dando, tem como dá. Quando não se tem como dá que é o problema. Isso que é primordial... Aí algumas pessoas te apontam, falam que são contra, que é contra as leis de deus.... Mas deus vai te perdoar, se eu conversar com ele, ele vai entender, da má atitude, que dizem que é má atitude... Ele vai entender e te perdoar... (Eduardo, casal 5).

Foi durante o acompanhamento pré-natal da gestação atual, em uma clínica particular perto de sua casa (ela tem plano de saúde em função do vínculo trabalhista), que Elisa descobriu-se soropositiva há três semanas. Eduardo estava como seu acompanhante na consulta e ficou sabendo do resultado no mesmo instante que ela. No primeiro teste realizado, a médica da clínica informou-lhes sobre o resultado de forma abrupta, o que contribuiu para a reação de desespero inicial de Elisa.

Pra mim foi difícil... Foi difícil porque assim, eu não imaginava, eu não esperava. (...) Ele ficou assim: “mas como, se eu fiz, eu faço exame todo ano. Aí, só se aconteceu anteriormente, antes da gente se envolver e tal”. Ela [médica] falou pra mim: “ah, eu mandei você vim hoje aqui mas eu não vou poder nem te atender porque o laboratório ligou pra mim falou que ia mandar seu exame e eles não mandaram, eu acho bom você ir lá buscar porque eles falaram que seu exame de HIV deu problema e acho melhor você começar correr contra o tempo”. Aí eu, nós perguntamos: “mas deu o quê?”. Só que ela falou assim: “não, eu tenho que falar porque eu não posso esconder, eu tenho que ser bem sincera...”. Aí ela me deu até quatro dias de atestado que era pra mim poder repetir os exames, né? Porque assim, ela me deu a notícia e ela não.... Eu em pé, se eu tivesse... Como a menina tava conversando comigo aqui: se eu fosse uma pessoa descontrolada, se eu não tivesse com ele, como é que...? Nem todo mundo tem uma atitude, entendeu? Se eu sou uma descontrolada, eu saio, quero me enfiar debaixo de um carro, fazer qualquer loucura, entendeu? (...) Ela não foi profissional porque ela teria que ter dado a notícia com o resultado em mãos, ela não teria que mandar você ir buscar, entendeu? Só que foi o que aconteceu (Elisa, casal 5).

[A médica] Conversou com a gente: “deu um probleminha e o resultado do HIV dela deu positivo”. *Mais nada? Não deu informações?* Não. Eu que fiquei perguntando, porque eu sou curioso e tenho experiência com serviço de saúde. Aí ela foi respondendo, a médica (Eduardo, casal 5).

Eduardo relata que a partir desse resultado eles fizeram vários outros testes, em laboratórios particulares, para confirmar. Todos deram positivo para o HIV. Depois do diagnóstico da parceira, ele se submeteu também à testagem e foi diagnosticado como soronegativo.

*Por que vocês resolveram ter a confirmação do resultado em outros laboratórios?* Porque eu tinha feito o exame em janeiro e tinha dado negativo. (...) Porque eu trabalho em hospital e é meio que uma prática fazer com frequência, fazer o exame. Eu faço todo ano, prática normal, sempre fiz.... (...) Aí eu resolvi fazer outro teste, em outro lugar, porque a probabilidade de ela ter é 90% de chance de eu ter também. Pensei que pudesse ter alguma outra coisa errada. “Então vamo vê isso aí, porque se o meu deu negativo, pode ter alguma coisa errada aí”. Mas deu positivo (Eduardo, casal 5).

Em relação à reação do par, Eduardo afirma que ofereceu apoio à Elisa e que, por ter informações acerca da doença, não ficou tão assustado quanto a parceira, mesmo antes de ter feito seu teste. Talvez porque faça o teste com regularidade e o resultado tenha sido sempre negativo.

Ela ficou muito frustrada, eu não, porque eu tenho mais informações sobre o caso, porque eu sempre trabalhei em hospital... E além disso, ela é minha mulher. Eu to aqui pra apoiar-la, não para crucifica-la. A gente não sabe da onde veio [o HIV], eu acho que não é de agora, porque eu confio muito nela. Ela me passa muita confiança pela pessoa que é... E tô pra apoiar-la. Ela ficou muito desesperada, chorou à beça. Aí falei que eu tava com ela, que ia apoiar-la. Acho que um dos maiores medos dela era que eu desconfiasse dela, que ia abandona-la. E eu não iria abandonar minha mulher de jeito nenhum (Eduardo, casal 5).

Elisa revela que ficou apreensiva e com medo da reação de Eduardo diante de sua soropositividade, temendo que o relacionamento terminasse, principalmente depois que o teste do parceiro foi negativo. Antes de ele fazer o teste, Elisa pensou fortemente na chance de ele tê-la transmitido o vírus. Frustrada essas expectativas de fim de relacionamento e de transmissão via parceiro atual, Elisa confirma que pode contar com total apoio do Eduardo.

Teve um tempo que a gente andou.... Eu briguei com ele, aí ficamos uns quatro meses separados, aí ele falava pra mim... Assim... Aí eu ligava pra ele e ele falava pra mim: “ah, não dá pra falar agora não, ah, não dá pra conversar agora não”, sabe? Assim, me evitando de todas as formas. E eu cheguei ficar até mal por causa disso, porque.... Ele tava trabalhando lá no Complexo do Alemão, no hospital de lá, daquele lado de lá, e ele tava saindo muito tarde e dormindo com uns colegas que moravam sozinho. Então, eu não via ele, era muito difícil, era uma vez na vida outra na morte, até mesmo porque eu trabalhava, pegava às duas e vinte, chegava em casa uma hora, duas horas da manhã porque eu saía tarde de lá (Elisa, casal 5).

Eu fiquei com medo da atitude, devidamente pelos resultados dele dar negativo, ele não suportar, ele não me apoiar, porque não tem porque. “Ah, vou continuar com ela, eu não tendo”... Aí eu falei pra ele: “as coisas vão ser totalmente diferente, não é a mesma coisa”, e ele tentando me convencer que não era isso... Aí ele conversando comigo que nada era diferente, que tinha tratamento pra isso, que a gente tem como evitar e tal... Mas só que na minha cabeça, né? uma coisa que eu não esperava aquilo... Eu falei: “ele não vai suportar, ele não vai aguentar, ele com 30 anos, ele vai ficar com uma garota de 23 anos?”. Tudo bem que agora que vou ser mãe da filha dele, mas é tá com um vírus que pode acabar prejudicando ele, entendeu? Aí esse era o meu pensamento. Ele falou que não, não era assim, que se realmente ele gosta de mim, ele não ia me abandonar, independente de eu tá assim... Que eu seria uma pessoa normal igual a todo mundo, a diferença é que eu teria uns tratamentos pra fazer e eu fazendo tudo bonitinho, direitinho, eu não deixando de fazer nada errado, tinha tudo pra dar certo, entendeu? E que ele não queria me deixar num momento mais difícil, que ele gosta muito de mim, que ele me ama de verdade, que ele descobriu mais ainda o quanto ele queria ficar comigo... Ele falou pra mim: “isso aí é uma coisa que a gente não escolhe, você não sabe da onde, como você pegou, de quem pode ter vindo... Falhas todos nós temos e assim, você falhou, pode ter falhado, falhou, mas da mesma forma que foi com você, podia ter sido comigo, poderia ter sido o contrário, entendeu?” (Elisa, casal 5).

Desde o diagnóstico, os dois agiram conjuntamente, seja buscando informações via internet ou procurando serviços que pudessem atendê-los de maneira adequada.

Aí depois da confirmação eu comecei a pesquisar onde tinha tratamento, a coisa do bebê, da gravidez, quem eu poderia procurar, tudo na internet. Fui num local perto da minha casa, posto de saúde, que na internet dizia que tinha tratamento pra HIV, mas chegando lá eles disseram que não tinha vaga pra tratamento de gestante. Aí a menina do posto disse para eu procurar o serviço daqui. Voltei pra casa, fui na internet e realmente esse serviço estava entre os que ofereciam tratamento pra gestante com HIV. Ai eu liguei pra cá pra obter informações e me falaram os dia

que funcionava. Numa segunda eu vim, mas eles disseram pra voltar na quarta-feira que era o dia de atendimento pras gestantes HIV positivas. Voltamos na quarta (Eduardo, casal 5).

Antes de serem encaminhados e acolhidos por aquele serviço especializado, Eduardo relata os problemas identificados ao longo do percurso.

Eu acho que faltava conhecimento, noção, ela não sabia trabalhar com o nosso caso. Uma médica antiga, que não se atualizou, que não sabia lidar com a situação. Ela disse que nunca tinha tido um caso de uma mulher que tava descobrindo a condição de HIV no pré-natal, que já tratou gestantes que já sabiam do HIV antes de engravidar e já tinham acompanhamento médico específico, as próprias gestantes já sabiam o que fazer, o que tomar e tal. Porque assim, tem médicos que sabem que tem que encaminhar pro infecto, para fazer a indicação dos remédios que ela tinha que tomar direto. No posto que eu procurei foi a mesma coisa... Os médicos não sabem lidar com esses casos, a menina que me falou dos serviço especializado disse pra eu correr, porque se ela já estava com cinco meses já tinha que entrar com a medicação, e aí que eu comecei a me preocupar mais, correr atrás de tudo (Eduardo, casal 5).

Apesar de estar sendo bem assistida e de ter buscado informações sobre a gestação com HIV, Elisa estava surpresa e triste com o diagnóstico. Para Eduardo, ela ainda não tinha aceitado a condição de soropositiva.

Eu também tenho uma amiga que é enfermeira. Coincidentemente, uma semana antes desse resultado, ela veio falar comigo e falou que mulheres com HIV que engravidam se tomam o remédio direitinho, os filhos têm menos de 1% de chance de nascer com HIV. Aí depois de juntar tudo, toda a informação, da enfermeira e da internet, eu levei pra ela, mostrei pra ela, pra ela ficar mais calma, mas não adiantou muito. Depois que ela veio aqui pro hospital, ela ficou melhor. Mas assim, toda vez que ela vem aqui pro hospital ela fica mal, no caminho ela fica tranquila, mas quando coloca o pé aqui ela fica mal... Acho que ela ainda não consegue aceitar que é soropositiva (Eduardo, casal 5).

Para a gestante, o atendimento no serviço especializado foi primordial para repensar e reinterpretar sua infecção. No entanto, tinha muita expectativa e um misto de sensações, como pode ser observado no relato a seguir. Tudo estava ainda muito recente à época da entrevista.

Ah, eu achei as pessoas muito atenciosas. (...) Porque assim, quando eu botei os pés ali, no corredor, que eu cheguei aqui semana passada, eu vi aquele monte de mulher, aí tinha algumas com crianças, com bebê recém-nascido... Assim, pra mim, foi como se foi um susto. (...) Até então eu não sabia que aquelas mães que estavam ali eram mães que tavam com vírus, que os filhos não tinham, entendeu? Eu tomei um susto, eu tava no desespero, realmente fiquei nervosa, eu comecei a chorar de nervoso, (...) porque a menina disse que ia me atender naquele dia. Aí bateu o desespero, fiquei nervosa, falei: “caramba, vai começar o processo totalmente diferente na minha vida, uma nova jornada que eu vou começar agora...”. Eu fiquei assim, mas depois que eu entrei, comecei a conversar com as meninas, elas começaram a me explicar as coisas, aí eu fui, me acalmei, saí daqui bem mais tranquila, bem mais segura, entendeu? Aí elas me explicaram que eu poderia ter parto normal, dependendo... Me explicou o negócio da carga viral, tudo direitinho... Aí foi aonde eu me acalmei mais (Elisa, casal 5).

Elisa afirma não conhecer a origem da infecção, mas revela que com um parceiro anterior, durante uma relação sexual específica, não usaram preservativo. Em outra situação, a camisinha foi rompida. Tem vontade de procurar esse rapaz com quem ela teve sexo desprotegido, mas isto poderia expô-la e revelar seu diagnóstico. Ela nunca tinha realizado o teste do HIV antes. Em virtude da rotina do parceiro, de se submeter anualmente à testagem, ela já tinha cogitado a possibilidade de fazê-lo, mas não levou a cabo.

Porque quando eu conheci ele, ele sempre: “ah, porque eu faço exame de HIV todo mês, como todo ano, de rotina, né? Pra tá sempre verificando”. Aí eu falei: “é sempre bom tá fazendo”. Aí ele: “você também pode e deve fazer”. Aí ele botou isso na minha cabeça. Aí eu falei: “ah, é normal que eu também faça, é rotina, até mesmo porque é bom pra mim”. E acabou que eu não fiz e só descobri agora, na minha gravidez (Elisa, casal 5).

A partir do apoio inesperado de Eduardo, ela passou a valorizá-lo ainda mais: “*Ah, eu já considerava ele antes, ele era uma pessoa importante pra mim, agora então mais do que nunca*”. Ela ressalta que a ideia de ter que frequentar aquele serviço especializado materializa e a faz lembrar que tem HIV, algo que é muito abstrato, quando a pessoa ainda não tem sinais clínicos e sintomas.

Ah... Tem hora que eu paro fico pensando, vejo, “ai, vai ser complicado”, mas não, eu tenho que tirar isso da minha cabeça, porque não vai ser, entendeu? Que nem ontem: eu sabia que hoje tinha que vir pra cá, já não tava legal no trabalho, aí depois eu procurei tentar me animar, ficar melhorzinha... Ah, às vezes é complicado porque... Não só pelo fato de ser longe, mas por saber que eu tô vindo pra cá porque eu tô fazendo um tratamento, que eu tô com sangue contaminado e é chato, é ruim pra mim. (...) O que me deixou com mais medo foi porque a médica virou e falou: “é porque seu resultado tá dando positivo. É, vamos repetir, vamos ver se é isso mesmo, porque se for, a gente tem que correr contra o tempo pra você não passar pra sua filha”. E... Eu falei: “cara, pronto, vai acontecer alguma coisa com minha filha que... (Elisa, casal 5).

Depreende-se que à época da entrevista o casal ainda estava vivendo de forma muito aguda a descoberta do diagnóstico. Todavia, Elisa entendia que a rotina do casal havia mudado mais em função da gestação e do cotidiano intenso de trabalho dos dois do que propriamente pelo HIV, apontando valores morais que sustentam a ideia de que a grávida não deve se expor a alguns eventos sociais e a determinadas situações.

Ah, minha rotina só mudou porque eu não faço mais nada, eu só vivo de casa pro trabalho, como eu falei, pro trabalho pra casa. Mas isso aí eu acredito que é por causa da gravidez também, aí eu também fico pensando: “ah, mulher grávida não tem que ta saindo pra noitada, nada disso”. Eu acho feio, eu não gosto de ficar andando de barriga pra fora, nada disso, eu prefiro, assim, ser uma pessoa mais reservada, mais conservada, entendeu? Aí eu não gosto, eu prefiro ficar em casa assim, eu só tenho assim, me comunicar mais com as pessoas, procurar tá no meio das minhas colegas, conversar, interagir mais, porque senão eu fico só em casa (...) (Elisa, casal 5).

Por outro lado, ela revela que inicialmente não queria ter relações sexuais com Eduardo por medo de transmiti-lo o HIV, frente à insistência do parceiro em não usar a camisinha mesmo depois do diagnóstico. “*Ele disse: ‘se eu não tenho e você tem, se eu quero ficar com você, se eu pegar, o que que a gente pode fazer? Eu quero continuar com você’* (Elisa, casal 5). Contudo, ela insistiu e eles usaram o preservativo; afirma que “*correu tudo tranquilo*”, mas que mesmo usando a camisinha, ela tem medo de transmiti-lo o vírus.

Quando ele quis, eu comecei, por ter descoberto, eu fiquei evitando, sabe? Eu queria evitar, evitar, evitar, e ele... Ele veio conversar comigo: “você não pode fazer isso, você não pode ficar me evitando”. *Mas na última vez, como é que foi?* Ah, eu fiquei com medo, né? Mas eu usei, a gente usou preservativo, correu tudo tranquilo, entendeu? *Você tem tido vontade de ter sexo com ele?* Vou falar pra você: diminuiu. Por eu saber que ele não tem nada e eu tenho, eu to com medo, entendeu? Mesmo usando eu to com medo. Eu to com medo porque não é a mesma coisa, é uma coisa chata pra mim saber que eu tenho e ele não tem. Não que eu queira que ele tenha, porque não é uma coisa que eu desejo pra ninguém, só que aquilo: por eu tá fazendo ele passar por isso, entendeu? (Elisa, casal 5).

Elisa também pensa como seria ingressar em novos relacionamentos sabendo-se soropositiva, caso o vínculo afetivo-sexual com Eduardo fosse rompido: “*eu fico imaginando, se eu me envolver com outra pessoa, eu não...não vou poder esconder isso, entendeu?*”. A gestante demonstra que estava atenta às orientações médicas acerca da prevenção do parceiro. Ela foi uma das únicas a demonstrar compreensão acerca da possibilidade de transmissão cruzada do vírus e/ou reinfecção entre casais soroconcordantes. Inicialmente, declara que eles não tiveram dificuldades para usar o preservativo nas relações sexuais após o diagnóstico, mas depois tanto ela quanto o parceiro revelam problemas. Em relação às mudanças no relacionamento após o diagnóstico, Eduardo dá pistas sobre como significa a doença e como estrutura sua visão sobre o casal, a partir de valores religiosos.

A minha atitude, hoje eu penso diferente, estou mais presente na vida dela, hoje eu a apoio mais, porque é um momento difícil, eu to aí pra apoiar-la, essas coisas... Eu deixei de ser um cara mais ausente. *Você acha que o resultado positivo uniu mais o casal?* Acho que sim, a gravidez e o HIV. A gravidez já tinha nos unidos, o HIV mais uma força. Eu tava falando pra ela, as vezes as coisas são ruins, mas nem tanto, Deus coloca umas coisas na nossa vida para que a gente enxergue melhor outras. Algumas dificuldades...sabe...(...) *Você tem medo de ser infectado? Você acha que a relação sexual de vocês vai mudar?* Vai mudar, vai mudar um pouquinho sim. Mas medo eu não tenho não...de ser infectado por ela.[...] Vamos tratar, cuidar, não adianta abaixar a cabeça. Seguir em frente porque eu tenho uma filha pra criar. (Eduardo, casal 5)

Após as primeiras consultas no serviço especializado e o acesso às informações disponíveis na internet, eles já estavam mais informados sobre a prevenção da transmissão vertical e sobre a amamentação. Elisa obteve informações também com outras mulheres

gestantes com HIV na sala de espera do serviço. A médica falou para ela sobre a importância do controle da carga viral e da medicação, como forma de diminuir os riscos de a criança ter o HIV.

Ela explicou que era por causa da bebe...que é pra não passar...é que pros riscos que...é de eu tá serem menor da criança pegar, entendeu? Aí ela foi e explicou isso (...)que dependendo da minha carga viral...vendo...se tá baixa...porque tem a carga viral (..) é pra ver o quanto de vírus tem, se é pouco, se é muito, entendeu? porque, dependendo da minha carga viral, eu poderia é...nem precisar tomar, ficar tomando o remédio, como eu posso tomar pra não pegar a bebe agora, e depois que eu tiver a bebe, eu não precisar dar continuidade ao remédio. (...) falou que quando o bebê nasce..., elas dão o injetável, né? No caso, e o xaropinho. É...logo assim que ele nasce, (..) ela disse que é só naquele momento ali. (Elisa, casal 5)

O casal relata que sempre desejou ter apenas um filho para conseguir oferecer-lhe melhores condições de vida e oportunidades. Logo, o diagnóstico do HIV parece não ter alterado seus planos de concepção.

Ainda que recente, uma das preocupações do casal é o segredo sobre o diagnóstico no meio em que convivem. Eles acordaram em não compartilhar esta informação com outras pessoas. Ela sente vontade de compartilhar com a mãe, mas teme sua reação. Relata que não se preocupa em tomar medicação na casa materna; diz que é vitamina em função de anemia. Neste relato também aparece uma forma de apoio que não é tão citada, mas percebida: as conversas informais com outras mulheres vivendo a mesma situação.

Assim...eu às vezes eu tenho vontade de conversar com minha mãe mas ao mesmo tempo eu fico meia assim...com receio assim de contar, entendeu. Querendo ou não ela vai ficar chateada. É como eu conversei com as meninas da enfermagem, elas tavam falando pra mim..que eu tenho que contar no momento que eu sentir preparada pra contar, e...depois que eu tiver mais a par das coisas..que é pra mim poder chegar e abrir pra ela e Oh...não é do jeito que a senhora tá pensando, é de tal jeito..eu tô...não tem cura mas eu to fazendo tratamento...eu tô me sentindo bem, ia mostrar outro lado pra ela...porque é como e...se eu chegar agora, como elas tavam falando, e falar pra ela, é como se o mundo tivesse acabando, entendeu? Vai cair como uma bomba, vai achar que é uma coisa de que aí, tá doente, sabe? Aí, eu prefiro não falar agora. (Elisa, casal 5)

Elisa apontou mudanças em sua vida a partir da gestação, principalmente em relação à participação em eventos sociais. Saber-se positiva levou-a a uma atitude de leve isolamento social e desânimo. A rede de apoio do casal é basicamente formada por membros de suas famílias de origem, como mães, primos e sogras. Interessante destacar a fala de Eduardo acerca das estratégias para justificar à não amamentação frente a questionamentos de pessoas próximas das redes de relações do casal: *“Falaram pra ela que é só dizer que ela ta com uma infecçõzinha e que a medica passou o antibiótico e por isso ela não pode amamentar”*.

### 3.6. CASAL 6 – FLÁVIA E FERNANDO

Este é o único casal em que a origem da infecção da gestante é sabidamente a transmissão vertical. Flávia tem 20 anos, se identifica como parda e mora há 16 anos com a mãe, na casa própria da avó materna, em Nilópolis, junto a outros familiares. Sua mãe foi infectada através do marido, pai de Flávia, que aparentemente faleceu por complicações do HIV quando a filha tinha quatro anos. Ela e a irmã foram infectadas por transmissão vertical. A mãe tem ainda dois filhos, de relacionamento anterior, que não têm o HIV. A gestante revela que nunca conversou abertamente sobre o assunto a mãe, o que se reflete também no modo como Flávia soube que era HIV+. Os indícios apresentados apontam que foi a partir do adoecimento e morte do pai que toda a família foi testada para HIV e identificada como soropositiva (mãe e duas filhas).

*Mas sua mãe conversava sobre essas questões contigo? Não, ela só falava que a gente tinha que tomar o remédio, se não a gente ia ficar doente. E toma remédio, toma remédio, e eu sempre odiei tomar remédio. (...) Minha mãe descobriu quando eu tinha quatro anos de idade. Então foi meio tarde, né? Então a gente já começou tomando remédio de uma vez, eu e minha irmã. (...) Eu nunca cheguei diretamente pra minha mãe e perguntei do que meu pai tinha morrido, mas provavelmente foi por causa da doença, alguma complicação por causa da doença, entendeu? Eu acho que foi isso mesmo. (Flávia, casal 6)*

Minha mãe não chegou pra mim e falou assim: “minha filha, você tem a doença”. Eu ia muito no médico, desde pequenininha, aí eu fui descobrindo ao tempo, né? Prestando atenção nas coisas, aí vi que eu tinha. Aí eu fui crescendo, porque minha irmã também tem, e como ela era mais velha, eu sempre ia nas coisas com ela: reuniões de adolescentes... No hospital sempre tinha grupo de adolescentes (...) A gente desde pequenininha ia lá, aí eu fui prestando atenção nas coisas e descobri, entendeu? Ninguém falou pra mim, eu descobri sozinha.. (Flávia, casal 6).

Assim como o HIV, o tratamento medicamentoso fez parte da vida de Flávia, que relatou muitos problemas de adesão, principalmente a partir da adolescência, quando os cuidados com a medicação e com sua própria saúde ficam menos a cargo da mãe e mais sob sua responsabilidade. Foi a partir da adolescência que ela começou a pensar e dar significado às implicações do HIV em sua vida.

Quando eu entrei na escola, eu tava com o que? Uns 15 anos, 13 anos, por aí, na adolescência. Foi aí que eu parei pra pensar: “como que eu vou namorar”, eu pensava: “eu não vou ter coragem de falar pra alguém”... Nenhuma amiga minha sabia, porque eu nunca tive coragem de contar... Então esses foram os piores momentos, entendeu? De não conseguir construir uma vida. Até mesmo de engravidar, eu não pensava nisso. (...) Eu nunca pensei em engravidar. Esses foram os meus piores momentos. (Flávia, casal 6)

Após concluir o Ensino Médio, ingressou em curso técnico de enfermagem, que interrompeu em seguida, para se inserir no mercado de trabalho, a fim de ter renda própria. Seu

primeiro e último emprego foi como atendente de bilheteria de cinema, em um shopping. Pediu demissão após um ano, em virtude do desgaste ocasionado pelo trabalho e estava recebendo as últimas parcelas do seguro desemprego, cada uma equivalente a um SM. Revela que descobriu a gravidez logo após a saída do emprego, o que a fez se arrepender de ter pedido demissão. Pretende retomar os estudos em algum momento, mas indica que o nascimento do bebê e a condição financeira não permitiam uma retomada mais imediata. Sua mãe recebe aposentadoria por invalidez (em função da infecção pelo HIV) e trabalha como empregada doméstica, arcando com a maior parte das despesas de Flávia.

Fernando tem 19 anos e identifica-se como moreno. Mora em Nova Iguaçu, junto ao núcleo familiar da tia materna, após sair, recentemente, da casa da mãe (com quem tem um forte vínculo afetivo), devido a conflitos com o padrasto.

Porque eu e meu padrasto a gente não se dava muito bem... Já é a terceira vez que isso acontece e eu sai definitivamente... (...) *E como tua mãe viu a tua saída de casa?* Ela não gostou nada, ficou muito decepcionada, porque foi até polícia. Mas até hoje eu não falo com ela, desde quando eu sai de lá, depois de alguns motivos que aconteceu, umas discussões entre eu e ela. Eu sei o quanto ela tá sofrendo com isso, mas infelizmente não dá. (...) Acho que o problema todo é entre eu e meu padrasto, porque pela minha mãe, entendeu, a gente tem uma relação de mãe e filho normal (...) Acho que ele não aceita os filhos da minha mãe do outro casamento, eu e meu irmão (...), nunca chegou a agressão física. Da última vez ele tentou me agredir e eu agredir ele, quase que eu parti pra cima dele, mas a maioria é verbal... (Fernando, casal 6)

Seus pais são separados há sete anos, ele tem um irmão de 10 e uma irmã, por parte de mãe, de três anos. Explica os problemas no relacionamento dos pais e o processo de separação, que parece tê-lo marcado, emocional e financeiramente. Fernando não concluiu o Ensino Médio, tendo chegado até o início do terceiro ano.

Eles brigavam bastante, mas era coisa relacionada à traição do meu pai. Entendeu? Teve um certo dia que minha mãe chegou pra ele e disse q não queria mais. Ai depois disso, eles ainda tentaram, ficaram bem uma fase, mas ele voltou a traír ela de novo, ai ela já não queria mais. Ai foi quando ela conheceu meu padrasto e se separou do meu pai logo em seguida. A maioria das histórias das brigas dos meus pais, eu vivenciei, então nessas brigas entre meu pai e minha mãe eu tava sempre no meio (...) A minha mãe tem todo direito de se separar, ela só fez errado de ter saído de casa. Deixou tudo e foi. Porque boa parte da nossa vida, quando éramos nos três, que era aluguel... E meu pai tinha outros três filhos de outro casamento. Eu acho que isso é ironia da vida mesmo, porque ela não gostava dos filhos do meu pai. Todos eram mais velhos. Ai acabou que ela se separou e aconteceu a mesma coisa, com meu padrasto não gostar dos filhos dela. E ela deixou eu e meu irmão lá com meu pai, e se mudou, foi embora. Foi coisa rápida, de uma hora pra outra. Ai depois de um tempo eu fui morar com a minha mãe e meu irmão continuou com meu pai... ai passou um tempinho e ai meu irmão foi também. (...) (Fernando, casal 6)

Na época que eu deixei de estudar foi por causa do.. sei lá, acho que foi a vontade própria mesmo. Porque de 16 para 17 anos, eu arrumei um primeiro emprego de carteira assinada, então naquele negócio de você trabalhar, ter dinheiro, depois sair e tal, acabou desandando um pouco. Só fui faltando cada vez mais a escola. Nunca fui repetir ano, mas depois do trabalho repeti a primeira

vez, repeti a segunda, aí desisti. No terceiro ano estudei até abril e depois parei. Não fui mais, entendeu? Eu já tava trabalhando já... (Fernando, casal 6)

Pretende fazer curso superior, mas, assim como Flávia, entende que no momento atual as prioridades são o suprimento das necessidades do bebê e da consolidação do casal como unidade. Atualmente, trabalha como atendente em uma loja no centro de Nilópolis, ainda sem formalização do vínculo empregatício, o que ele esperava que ocorresse em breve. Assim como o casal 1, alguns projetos de vida desta díade estavam ancorados na possibilidade de efetivação do vínculo de trabalho do parceiro.

Flávia e Fernando estão namorando há um ano e meio e demonstraram carinho mútuo tanto nas entrevistas como enquanto aguardavam a consulta de pré-natal. Eles se conheceram no shopping em que ambos trabalhavam e após pouco tempo de convívio estabeleceram o relacionamento afetivo.

Eu tava na bilheteria, e ele trabalhava no Mac Donald's, aí eu sempre ia comer sorvete, aí eu já comecei a gostar dele, ficava olhando pra ele... (..) Aí eu tava lá na bilheteria, ele chegou com os amigos, aí ele virou e falou assim: "Me dá cortesia aí, eu fiz aniversário dia 12", que é dois dias antes de mim. Aí eu falei assim: "Não, eu nem gosto de você", mas de brincadeira. Aí ele disse assim: "Ah é, você não gosta de mim? Então vamos ver um filme juntos". Aí eu: "Eu não". Aí depois, no outro dia, ele marcou pra gente poder se ver, numa folga minha, mas só que nem eu e nem ele fomos. Aí ficou nisso. Aí num outro dia eu fui no quiosque e ele pediu meu telefone, e a gente ficou conversando por telefone um bom tempo. quase um mês. Aí, ele foi me buscar uma vez no trabalho e a gente ficou e estamos juntos até hoje. (Flávia, casal 6)

Fernando destaca que o início do relacionamento foi conturbado, indicando como principais causas comportamentos que ele não aprovava em Flávia:

No início a gente discutia bastante. Era meio que uma relação que ela não tava nem aí pra nada e eu sempre cobrando dela, sempre ao contrario. Eu que sou homem e eu que cobrava dela, era ao contrário. (..) Cobrava interesse, atenção.. porque as vezes ela não tava nem ai pra nada. Ela gastava dinheiro que nem uma louca, uma conta de telefone dela veio 2 mil reais, uma vez. Para uma pessoa que ganhava 800. (rs) Entendeu? Meio irresponsável com essa coisa de dinheiro, eu cobrava muito dela em relação a dinheiro e a gente também. Só que nunca dava certo, era sempre em vão. A cobrança só veio dar certo depois desse lance da briga, porque acho que ela viu que se não mudasse ia acabar de vez... não sei qual o real motivo que fez ela mudar... a gente terminava direto. (Fernando, casal 6)

Flávia relata que este é seu primeiro relacionamento estável. Em virtude da infecção pelo HIV, durante toda a sua adolescência sentiu medo e insegurança quanto ao estabelecimento de vínculos afetivos-sexuais mais profundos, em que se sentiria impelida a compartilhar sua sorologia e não imaginava como o faria, por receio da reação do parceiro e de sofrer discriminação. Isto implicou uma série de conflitos no início do relacionamento com Fernando.

Foi, foi um pouco diferente, porque eu queria fazer coisas que eu não pude. (...) Essa questão de ter filho: eu sempre coloquei na minha cabeça que eu não ia ter filho por causa da doença. (..) eu que sempre pensei isso, porque eu via o meu caso e eu não queria que meu filho passasse pela mesma coisa que eu passei. Então eu falava: “eu nunca vou casar”, e as pessoas perguntavam porque eu não queria casar de jeito nenhum, e eu falava: “não vou casar, não vou, não vou, não vou ter filho”. Eu pensava até em adotar um filho. Foi meio surreal pra mim quando eu descobri que eu tava grávida, e quando eu bati a primeira ultra então! Aí depois da primeira ultra que eu acreditei: “não, realmente tem um bebê aqui dentro!” (Flávia, casal 6)

Sobre os valores que sustentam a relação, a reciprocidade, no que tange ao afeto, é um pilar importante para este casal, assim como o apoio mútuo. Flávia vinha de uma “decepção amorosa”, além de sempre ter pensado que por conta do HIV não conseguiria estabelecer um relacionamento estável e gerar filhos. Fernando havia rompido, temporariamente, a relação com a mãe, sua grande fonte de apoio. Em virtude dessas situações, para ambos o relacionamento atual e a gravidez parecem significar uma nova possibilidade de construir e replanejar a vida.

*Quem são as pessoas mais importantes na sua vida hoje?* Com certeza, a Flávia. Porque ela é a pessoa que tá sempre me apoiando. E eu vou dizer uma coisa pra você. Ela é única pessoa que eu tenho realmente. (..) A Flávia, ela é a pessoa que eu converso sobre tudo, divido tudo, a gente não tá há tanto tempo junto. É um ano e dois meses, mas ela sabe mais da minha vida do que eu agora, se bobear, ela me ajuda bastante. (Fernando, casal 6)

A gente se ama de verdade. *Qual é o tipo de apoio, de ajuda, que você recebe dele?* Todos, todo tipo, ele tá ali pra me ajudar. Ele mesmo fala: “no que você precisar de mim, eu to aqui”. E ele é a mesma coisa: ele precisando de mim, eu ajudo ele. (Flávia, casal 6)

Segundo a díade, aquela gestação não foi planejada nem era desejada. Porém, não usavam método algum para prevenção da concepção. Destaca-se que a gravidez, apesar de demarcar várias responsabilidades para o casal, não é vista de maneira negativa por Fernando. Já Flávia ficou amedrontada diante da notícia, com receio do processo e da transmissão vertical, para não repetir com seu filho a história de sua mãe e dela.

Minha mãe falou: “garota, tu é maluca. Você sabe o que você tem...”. E eu fiquei sem reação. Eu não falei nada, só fiquei ouvindo. *Você queria esse filho?* Queria e não queria, por medo da doença, mas eu queria muito ter um filho, entendeu? [...] eu não queria que ele tivesse a doença de jeito nenhum, então eu pensei em algum momento em abortar, mas aí o meu namorado falou: “não, você tá aí, tá bem, só precisa tomar o remédio”, aí foi que eu fui aceitando aos poucos. (..) Eu sabia que corria risco do bebê pegar, mas que se a mãe seguisse tudo direitinho, as chances são bem poucas. Mas chances são chances, né?. (Flávia, casal)

*Quando vocês descobriram a gravidez, pensaram em algum momento em fazer aborto?* Não, ela falou pra mim até “vamo tirar”, mas acho que foi meio brincando, eu prefiro acreditar que foi brincando. Mas eu falei pra ela que ela não tem o direito de tirar a vida de alguém assim. Eu falei pra ela “se você abortar você nunca mais olha na minha cara, por mais que eu goste de você, se você fizer isso segue a sua vida. A responsabilidade foi nossa e ele vai pegar? Você tem se virar e eu me virar pra cuidar dessa criança.” *O que você acha do aborto?* Sou contra. Porque eu vim de uma gravidez acidental também, minha mãe tinha 17 anos quando engravidou de mim, então eu penso assim, e se minha mãe tivesse me abortado? Esse é o meu principal pensamento assim, sabe? Eu não estaria aqui... (Fernando, casal 6)

A gravidez estreitou os laços de afeto do casal e o apoio da família ao relacionamento, além de ter se tornado uma questão central na vida de ambos. Este evento acelerou algumas etapas que, de alguma forma, já eram previstas pelo casal, como o plano de coabitarem, que revela um desejo de um afastamento simbólico das famílias de origem, para a construção de um novo núcleo familiar, o que parece uma questão cara aos dois. Apesar de ainda não morarem juntos, o casal se encontrava diariamente. Depois do trabalho, Fernando vai para a casa onde mora Flávia, para compartilharem algumas horas diárias de convivência. As condições financeiras ainda são um limitador para a concretização deste plano.

Ele ficou todo bobo, mas ele queria falar pra todo mundo. Aí, um belo dia ele chegou e falou assim pra mim: “ó, vou conversar com a sua mãe hoje”. E eu não queria, porque eu tava com medo da minha mãe, eu tava com muito medo. Aí ele chegou num domingo, foi lá em casa e perguntou pra minha mãe: “posso conversar com a senhora?”. E eu já tinha falado tudo pra ele, da doença, já tinha falado tudo! *Então, no início ela não apoiava muito o namoro de vocês?* Não, aí depois que ele chegou, conversou com ela, ela mudou. Agora ela apoia bastante. A partir do dia que ele conversou com ela, falou que eu tava grávida, que ele sabia da doença, aí ela mudou com ele, porque viu que realmente ele queria algo sério. Eu achei complicado falar pra ele, é muito complicado. (Flávia, casal 6)

(..) a gente ta vendo casa, só que ta muito complicado esse negócio de casa, mas a gente pretende morar junto sim, casar e tudo. Tá um pouco difícil, porque eu to sem trabalhar, o auxílio tá acabando, eu to na última parcela, então eu não sei como vai ser minha vida daqui pra frente, entendeu? Minha mãe trabalha, ela ajuda bastante, porque eu dependo dela, né, também. E agora dependo do meu namorado, só que ele tava sem trabalho, aí agora que ele arranjo um trabalho. Então, pra construir nossa vida ta sendo um pouco difícil.. (Flávia, casal 6)

*Você me falou que tem idade para ter um filho, me fala mais sobre isso.* Eu acho que filho tem que ter planejamento até por conta dele, ter uma estrutura para ele nascer, um lugar, onde morar, acho que a idade que eu queria ter filho mesmo era lá pros 25, 30 anos, mas veio agora... eu só queria ter a minha casa, tudo certinho para ter um filho. [...] *E vocês estão pensando em sair de casa...* É porque assim, se ela tiver o nosso filho lá na casa dela, tranquilo, vai ter lá... a família dela é legal também. Mas não é legal a criança, por mais que eu possa ter uma dificuldade eu vou tentar dar o melhor pra ele, entendeu? Uma casa pra ele, porque não é legal nascer, ficar na casa dos outros, eu penso assim. Ela também quer sair de lá porque a família dela pega um pouquinho no pé dela em relação a uns motivos deles lá. então eu acho que o certo é esse. (Fernando, casal 6)

Dessa forma, entende-se que o relacionamento e a gestação atuais rompem com esta ideia e conformam uma saída para além do campo de possibilidade que Flávia vislumbrava para sua vida. Ela narra que sofreu intensamente com a ideia de ter que contar para Fernando sobre sua soropositividade, pois previa (e temia) uma reação negativa do parceiro. Por isso, quando percebeu que ambos estavam se envolvendo e o relacionamento tendia para algo mais estável, tentou pôr fim à relação por diversas vezes, por medo de contar sobre sua sorologia, o que é endossado por Fernando.

Eu tive muito medo, porque eu tava realmente começando a gostar dele de verdade. Então eu resolvi terminar, porque eu tava com medo de ele me abandonar, entendeu? Aí eu pensei: “vou terminar logo de uma vez!”. Só que ele gostava muito de mim... Aí eu fui com determinação: “vou terminar!”. Aí eu cheguei pra ele e falei: “eu quero terminar”, e ele me pediu: “eu quero um motivo”. Aí eu comecei: “não, não, não vou falar motivo não!”. Aí ele foi falando: “é o que, você me traiu?”, eu disse: “não”, aí ele: “é doença?”, aí eu falei assim: “é”. Aí ele falou: “É HIV?”, aí eu falei: “é”. Ele que foi falando, porque eu não tinha coragem, eu chorava muito. (Flávia, casal 6)

Antes de eu descobrir do HIV, ela terminava comigo por causa disso, ela tinha medo de eu descobrir e rejeitar ela por causa disso. Eu descobri porque eu insisti muito pra ela falar, porque por ela terminava e cada um ia pro seu canto e ela não me contava. Ela chorava, mas não dizia o que que era... eu ia perguntando e ela fugia. Dai eu comecei a pensar um monte de coisa, tentando deduzir o que era, aí eu “é isso? Isso? Isso?”. Aí quando eu cheguei na coisa, ela disse “é”. (Fernando, casal 6)

Para surpresa e alívio de Flávia, a reação de Fernando foi de apoio e acolhimento. “*Aí ele disse: ‘eu te amo, então a gente vai passar por isso juntos’*” (Flávia, casal 6). Apesar de ter oferecido todo o apoio à gestante no momento em que ela lhe revelou sua sorologia, Fernando relata surpresa com a notícia. A partir do contato com o serviço de assistência, acompanhando Flávia ao tratamento, pensou no que aquela questão de ter relações afetivo-sexuais com uma parceira soropositiva poderia representar em sua vida. A necessidade de passar pela testagem foi um momento tenso, em que “*caiu a ficha*” sobre os riscos associados ao relacionamento.

Tem esse lance do HIV que eu descobri e tava bem no início do namoro e vou te falar pra você, qualquer um no meu lugar poderia terminar com ela, tipo julgar ela, eu não... Procurei entender ela, ouvir ela. E sinceramente eu encarei isso como uma notícia qualquer no início... O pensamento veio depois. Mas no início foi tranquilo. (...) como eu posso te dizer... eu não reagi. Eu até me estranhei, pensei na hora que fosse uma coisa normal, tipo assim, agi como se fosse uma coisa normal, não me preocupei na hora. Fiquei com aquilo na cabeça, mas não me preocupava muito... sabe? Só fui me preocupar legal... até hoje eu não me preocupo muito não, venho nas consultas direto com ela... só que agora que eu já paro mais pra pensar nas coisas, porque os médicos falam. A vez mais difícil pra mim foi quando eu tive que fazer o primeiro teste. Minha mãe foi comigo. Minha mãe chorou, ficou desesperada, isso foi em novembro do ano passado. (Fernando, casal 6)

Por medo do resultado, Fernando se submeteu à testagem somente quatro meses após saber que Flávia era soropositiva. Um dos possíveis receios decorre do fato de ele ser resistente ao uso do preservativo masculino, mesmo diante da insistência de Flávia.

*Esse teste você fez por que? O medico pediu?* Não, na verdade eu achava que eu tinha. Eu, bom, se eu tenho ou não eu vou fazer o teste pra ter certeza. Eu não lembro o real motivo pra ter feito.... minto, não, eu falei pra minha mãe, conversei com ela, e ela disse que eu tinha q fazer. E eu não queria fazer, mas eu tinha medo “melhor deixar pra lá, depois eu faço.” Acabei indo fazer por causa da minha mãe. uns 4 meses depois. (Fernando, casal 6)

*Me fala como você recebeu aquele resultado negativo?* Foi um peso que eu tirei das minhas costas naquele momento. Porque eu tava ficando tenso já, não sou muito de transparecer já, tava nervoso e suando frio. Mas depois que eu recebi o resultado eu fiquei bem, fiquei tranquilo. (..)

Crucial mesmo foi na hora do teste, foi quando eu tive maior consciência mesmo que aquilo podia acontecer. Nessa hora que eu pensava mais ne? (Fernando, casal 6)

Segundo Flávia, os profissionais do serviço especializado perguntaram se o parceiro já sabia da sua soropositividade. Ele se submeteu a nova testagem no serviço e o resultado foi novamente negativo para o HIV. Logo após a revelação do diagnóstico da parceira, Fernando ressalta que o tema do HIV ainda era tabu para a gestante, pois, segundo ele, ela não “aceita” ter a doença. *“Toda vez que ela falava sobre isso, ela ficava chorando, triste”*. Para os dois, o fato de Fernando, comprovadamente soronegativo, ter mantido o relacionamento é uma prova de amor.

Ela [parceira] achava que eu tava com ela só porque na cabeça dela eu também tinha pego dela, e por isso ia ficar com ela de uma vez. Só que depois desse teste eu provei que eu tava com ela porque eu queria ficar com ela e não por causa disso. Porque o teste deu negativo. Ai eu fui com a minha mãe, maior clima tenso. Mas foi a partir daí que a gente começou a se aproximar mais. Foi uma prova que eu queria ficar com ela (Fernando, casal 6)

Portanto, para este casal, a reação de Fernando ao diagnóstico de HIV da parceira reforçou os laços afetivos existentes. Flávia sentia-se aliviada por ter conseguido compartilhar tal informação com o parceiro. No entanto, ele resiste ao uso do preservativo a despeito do medo de Flávia de transmitir o vírus e dos alertas que fez. Em sua trajetória sexual, marcada apenas por relacionamentos pontuais, a gestante afirma que sempre usou a camisinha masculina e que nenhum parceiro ofereceu resistência. A camisinha feminina nem sequer é cogitada.

Eu fico falando “vamo usar camisinha”, “vamo evitar”, porque eu morro de medo dele pegar, e eu vou me sentir culpada, eu vou ficar com aquela culpa pro resto da vida (...) Então eu fico muito no pé dele: “não, vamo usar camisinha”. (Flávia, casal 6)

Na primeira vez ela insistiu muito muito pra usar, ai eu acabei cedendo. Usei. Homem é sempre vilão da história ne? Nunca quer usar... rs mas acabei usando, nas primeiras vezes eu usei, na terceira já não... aí foi assim. Mas depois usamos camisinha um tempão de novo, ai abandonava de novo. (..) *É incomodo?* É. Um pouquinho chato. (..) Assim, de pegar doença nunca tive preocupação não, porque tipo assim eu conheci uma menina HOJE e vou ter uma relação com ela, eu com certeza usaria preservativo, eu respondo por mim. Eu usaria. Mas se eu conhecesse a menina já um tempo, eu não usaria mais, não ligaria de não usar. Porque tem a confiança. Se fosse pra descobrir alguma coisa, ia descobrir logo no inicio, eu pensava assim. Então eu já não ligava, no início eu usava certinho e depois parava. Com todo mundo é assim, depois de um tempo abandona. Então foi assim comigo. (Fernando, casal 6)

Frente à resistência do parceiro em adotar o preservativo como forma de proteção nas relações sexuais do casal, mesmo ciente de todos os riscos, Flávia depreende que o parceiro não

tem medo de contrair o HIV, sugerindo certa banalização da doença. Todavia, há um receio por parte de Fernando, que ficou evidente nos conflitos para realização do teste.

Por incrível que pareça, ele não tem medo. Ele sabe o risco que ele ta correndo, e ele não tem medo. Ele falou assim: “eu vou ter que tomar o remédio junto com você”. Ele fala isso. Aí eu falo: “É, você acha que é fácil tomar remédio todo dia?”. Porque ele vê assim, a doença, e não vê como uma coisa muito grave. Ele fala assim: “a única diferença que você tem é que você tem que tomar o remédio na hora certa. Você vai morrer se tomar esses comprimidinhos?”. Mas é, tomando os remédios você nem parece que tem a doença, aí o remédio evita aparecer outras doenças... Então ele fala: “a única coisa diferente é você engolir os comprimidinhos, levar dois minutos pra poder engolir comprimido”. Então é isso que ele fala pra mim. (Flávia, casal 6)

Medo medo eu não tenho não. Não tenho porque sei lá, já convivo com isso(...). A mãe dela também é uma pessoa super tranquila com isso. Porque a mãe dela não liga pra tomar remédio, ela toma muito mais remédio que a Caroline e ela não liga. (...) ela vai na consulta dela, direitinho, toma o remédio na hora. É isso, a pessoa tem que aceitar para ter uma vida normal, a Caroline não aceita, tem vez que ela chora, que não quer tomar remédio, que não aguenta mais essa vida. Aí eu digo “agora não vai adiantar nada você chorar, você tem que tomar, você tem que se cuidar e tal, tua realidade é essa”. Aí ela acaba se acalmando e faz tudo direitinho. (Fernando, casal 6)

Além do risco da transmissão para o parceiro, outra questão colocada é a prevenção da transmissão vertical. Ela gera tensão, medo e incerteza, principalmente em Flávia e certo incômodo na relação, em função da pressão exercida pelo parceiro, pela mãe e pelo serviço de saúde sobre a gestante para que ela melhore sua adesão aos medicamentos, visando principalmente à saúde do bebê.

Eu que cobro a coisa de ela tomar a medicação. Porque eu falo pra ela “depois que o neném nascer e você não tiver tomado o remédio, eu não posso fazer mais nada, eu só vou chorar. Você tem que tomar o remédio pro neném nascer bem, e depois também”. É isso que eu falo pra ela. Mas nosso dia a dia é esse. (Fernando, casal 6)

Flávia tem domínio sobre o conhecimento biomédico relativo à infecção pelo HIV e o compartilha com seu parceiro. Cita a adesão ao tratamento como uma das formas de redução dos riscos de transmissão do vírus a outras pessoas: “*Eu me prevenindo, eu tomando os meus remédios, o risco de eu passar pra outra pessoa vai caindo, e assim vai cair o número de pessoas que pode pegar o vírus*”. Fernando foi o único, entre todos os casais, que se refere à associação entre uso de medicação e prevenção (“*Porque agora não é só pro bem dela, é pro bem de nós três*”); todos os demais citam apenas da camisinha masculina. Ela reconhece que enfrentou vários problemas de adesão ao tratamento ao longo da vida, tendo resistência ao uso dos medicamentos. Todavia, durante a gestação vem tentando se adequar melhor às recomendações médicas.

Olha, por conta da gravidez eu me senti bem melhor, porque eu boto na minha cabeça: não, meu filho vai nascer saudável. E isso é a única coisa que eu quero. Isso então é um dos fatos que eu tenho que tomar o remédio direitinho, por conta do meu filho, por conta do meu namorado também, porque o risco de eu passar pra ele cai, então é isso, por causa deles dois. E por mim mesma, pela minha saúde. (Flávia, casal 6)

A prevenção da transmissão vertical envolve ainda a definição do tipo de parto e a não amamentação. De acordo com Flávia ela já foi orientada pela equipe de saúde que a carga viral irá nortear a tomada de decisão dos médicos.

*E sobre a questão da amamentação, eles já te orientaram?* Já, que eu não vou poder amamentar, que o bebê vai ter que tomar o leite especial por enquanto... Eu fiquei bastante triste, né? Eu já sabia que eu não poderia, porque a minha doença também piorou quando eu era pequena porque eu mamei até os quatro anos, e não podia né, mas minha mãe não sabia que tinha a doença. Então isso piorou a minha situação (...) *E a questão do parto, vocês já decidiram se vai ser cesárea, parto normal?* Aí depende dos exames. Se vier detectável, é cesárea, pro bebê correr menos risco. E se vier indetectável, é normal. Aí vai depender, eu não sei. (Flávia, casal 6)

Ambos relatam que têm planos de terem outros filhos, mas só após alguns anos. Para Fernando, a forma de contracepção a ser adotada será a pílula anticoncepcional, mas Flávia insiste na adoção do preservativo.

Flávia, por ter nascido com HIV e sua história familiar ser marcada por acontecimentos relacionados à doença e que demandaram suporte social – como a morte do pai, o adoecimento da mãe e o tratamento dela e da irmã desde a infância – não teve, nos primeiros momentos, gerenciamento sobre a informação acerca de seu diagnóstico. A família que convive diariamente com ela sabe da infecção. A primeira pessoa para quem ela decidiu contar sobre sua infecção foi o atual parceiro. Ela adotou o silêncio sobre sua condição sorológica como forma de se proteger de discriminação. Ter presenciado uma situação em que considera que houve preconceito contra PVHA reforçou a importância do sigilo.

Na própria maternidade. Eu fiquei internada cinco dias, porque eu tava com suspeita de dengue, aí chegou uma moça que chegou pra ser internada, pra poder ganhar o bebê, aí ela chegou muito triste, e teve uma moça que perguntou o que tava acontecendo com ela, aí ela falou assim: “Ah, eu to triste, porque eu vou ter o bebê agora e não tem ninguém aqui comigo”, aí a outra perguntou: “Mas você tem o quê?”, “Ah, eu tenho HIV.”. Então, essa menina que perguntou pra ela falou pras outras na maternidade que ela tinha HIV, e eu achei errado ela ter falado pras outras, entendeu? Então eu percebi que as pessoas meio que ficaram afastadas dela. Eu achei errado ela falar, porque tudo bem, ela falou pra uma, mas essa menina não deveria ter falado pras outras, entendeu? Deveria ter guardado só pra ela, porque aí houve uma discriminação. (Flávia, casal 6)

Fernando parece entender e respeitar a decisão dela de manter segredo sobre seu status sorológico. Todavia, achou importante dialogar com a mãe sobre o caso, por ser esta uma das suas principais fontes de apoio.

E a minha mãe foi e contou pra duas tias minhas, pra essa tia que eu moro agora e pra outra. (..)Eu pedi pra ela não contar pra ninguém sobre isso. Mas minhas tias são pessoas confiáveis, que eu meio que não liguei de ter contado, tá guardado, vai ficar entre elas mesmo. Até porque foi uma forma da minha mãe desabafar com elas, porque ela ficou super chateada com a situação. (Fernando, casal 6)

Interessante destacar que a principal fonte de apoio social dos dois, naquele momento, era pessoas que sabiam sobre o HIV, as mães do casal e a tia de Fernando. A gestação parece ter sido um evento que mobilizou ainda mais a rede de sociabilidade e de ajuda financeira e emocional.

O dinheiro que eu tenho eu até tentei ajudar a minha tia. Falei “toma tia, um dinheiro pra ajudar nas contas e tal”. Ela não aceitou porque, ela viu a situação que eu tô, ela disse “não, você pode ficar aqui o tempo que você precisar o tanto que precisar, em questão financeira não precisa ajudar. Se um dia aí, eu precisar a gente chega a um acordo e vê o que você pode ajudar, mas por enquanto não precisa mesmo.” Já até tentei, insisti, até porque a casa tá em obra, é grande, mas ela não aceitou. (Fernando, casal 6)

A sociabilidade de Flávia ao longo da vida parece ter sido afetada pelo HIV. No entanto, não há material suficiente para afirmar que a rede de sociabilidade do casal foi modificada, em algum grau, pela infecção.

## **CAPÍTULO 4 – UM OLHAR TRANSVERSAL SOBRE OS CASAIS**

A descrição da vida dos seis casais, antes e após a sua formação, revela a multiplicidade de aspectos estruturais e individuais que interferem na elaboração do diagnóstico, na convivência com HIV e nas práticas da vida cotidiana. Tal processo envolve tanto as dinâmicas internas, como as relações afetivo-sexuais e as medidas de prevenção do HIV, quanto as externas à díade, principalmente as relações com a rede de sociabilidade, incluindo o serviço de saúde especializado em PTV.

Neste tópico temos o propósito de apresentar uma análise transversal dos casais, a fim de evidenciar as tendências e as particularidades da vivência do HIV/Aids no contexto conjugal das díades estudadas. Tendo em vista os objetivos do presente estudo, a análise foi organizada nos seguintes tópicos: inscrição sociocultural, familiar e normas de gênero; dimensões da prevenção do HIV no âmbito dos casais grávidos; e relação com o serviço de saúde especializado em PTV. A partir desses eixos, buscamos identificar a influência de situações de exclusão social, das desigualdades de gênero, do estigma relacionado à infecção pelo HIV/Aids e dos valores sociais acerca da maternidade, da paternidade e da conjugalidade nas formas de elaboração da convivência de mulheres gestantes e de seus parceiros com a condição de soropositividade.

### **4.1 INSCRIÇÃO SOCIOCULTURAL, FAMILIAR E NORMAS DE GÊNERO**

Os depoimentos revelam que o histórico familiar das mulheres e dos homens entrevistados é marcado pela necessidade de auxiliar no sustento da casa e no cuidado dos irmãos e filhos (apenas mulheres). Nesses contextos são reproduzidas as normas de gênero que entendem o homem como provedor, no ambiente público; e a mulher como cuidadora, no circuito privado. A ausência da figura paterna também é uma marca de gênero na vida da maioria dos entrevistados, o que favorece a naturalização da ideia de responsabilidade exclusiva da mulher sob a prole (e sobre os métodos contraceptivos).

No entanto, é notável uma mudança, possivelmente associada ao impacto das intervenções culturais e questionamento sobre as normas de gênero tradicionais nas últimas décadas. Os parceiros parecem não repetir a história de abandono dos seus pais e apresentam senso de responsabilidade em relação aos filhos e à mulher. Isto pode ser ilustrado pelos relatos sobre o compromisso com o pagamento de pensão alimentícia a filhos de outros

relacionamentos, pelo acompanhamento da gestante durante as consultas do pré-natal e pelo apoio emocional e financeiro dispensado. Outra mudança importante é que muitas das mulheres entrevistadas contribuem com a renda financeira da família, seja através de trabalho remunerado ou de benefícios sociais. Contudo, as tarefas domésticas e cuidado com os filhos ainda permanecem sob sua responsabilidade, tanto nos casos em que as gestantes habitam com sua família de origem, quanto naqueles em que o casal mora junto, ainda que com outros membros.

É evidente que as precárias condições socioeconômicas ao longo da vida limitaram o acesso a bens materiais e simbólicos e comprometeram a trajetória escolar e profissional dos sujeitos. A baixa escolaridade é comum entre entrevistados e há semelhanças nos níveis de escolaridades de cada casal. Entre as mulheres, duas não completaram o ensino fundamental e quatro concluíram o ensino médio. Quanto aos parceiros, apenas um concluiu o ensino médio e outro tinha formação superior. No caso dos homens, a interrupção do ensino decorreu da necessidade de trabalhar. Para as mulheres, além destes fatores, foram citados o cuidado com os irmãos e a gravidez.

Com relação às atividades laborais, três mulheres eram donas-de-casa, duas atendentes em lojas e uma estava desempregada; a maioria não trabalhava à época da entrevista, sendo a gravidez atual ou a necessidade de cuidar dos (demais) filhos e/ou irmãos os motivos mais referidos. No entanto, as quatro mulheres que não estavam exercendo atividades remuneradas desfrutavam de algum tipo de renda independente do parceiro: auxílio da família de origem (Alice, casal 1; Flávia, casal 6; e Cláudia, casal 3) e, no caso de Beatriz (parceira do casal 2), pensão alimentícia e bolsa família.

Os homens igualmente exerciam atividades pouco qualificadas e a maioria estava excluída do mercado formal de trabalho, atuando como: auxiliar de serviços gerais, pedreiro, carregador em transportadora e atendente. Um deles era professor de pré-vestibular, também sem vínculo empregatício. A inserção anterior de Carlos, parceiro do casal 3, no mercado formal de trabalho foi fundamental para que o casal levasse adiante o desejo de engravidar; a única renda do par naquele momento era uma indenização trabalhista recebida por ele, que foi afastado de suas atividades em empresa de coleta de lixo em função de adoecimento grave, provavelmente em decorrência de complicações da AIDS.

A baixa escolaridade e a pouca qualificação profissional, acompanhadas de precária inserção no mercado de trabalho, reiteram que, embora tenha havido uma melhora nos indicadores de escolarização da população de baixa renda no Brasil, tal avanço ainda é limitado

(CORBUCCI, 2010). Ademais, os níveis alcançados não garantiram aos sujeitos uma melhor inserção profissional.

A análise sugere que a baixa escolaridade favorece a reprodução das normas tradicionais de gênero e de valores ligados à maternidade e à paternidade que, junto a outros condicionantes, interferem no conhecimento e no (não) uso de métodos anticoncepcionais e preventivos de IST, por exemplo. As difíceis situações financeiras enfrentadas pelos casais podem igualmente ser um entrave ao exercício do direito reprodutivo. Para ilustrar, Daniela, do casal 4, foi a gestante entrevistada com maior escolaridade e ainda mantinha-se estudando. Ela foi a única, entre as entrevistadas, que fez uso consistente de anticoncepcional ao longo da vida, com o intuito de evitar gestação, sugerindo o desvínculo obrigatório entre casamento e filhos. O seu acesso mais fácil a serviços de saúde, em virtude de vínculo formal de trabalho durante grande parte da vida e a garantia de plano de saúde, parece ter contribuído para isto.

O diagnóstico do HIV inicialmente gera surpresas e receios, mas não parece alterar os planos de uma “carreira” reprodutiva, possivelmente em função do acesso à PTV e às orientações da equipe do serviço especializado. Além da pobreza, os fatores que tendem a comprometer o projeto de outra gravidez são o número prévio de filhos, a idade (particularmente das mulheres) e experiências negativas em gestações anteriores. Neste cenário, as famílias de origem, principalmente as das mulheres, são fontes centrais de apoio material, emocional e logístico, atualizando a família como valor estruturante nas camadas populares, a partir da qual se forma a identidade social dos sujeitos e seus valores morais. Ela é um eixo de referência sob o qual os seus membros se apoiam e constroem suas relações sociais (DUARTE e GOMES, 2008). Destaca-se que as principais figuras de apoio são femininas: mães, tias, avós, irmãs. A família considerada aqui vai além da nuclear, comum nas classes médias, apesar de o casal se manter como uma importante unidade, ainda que não independente. Ela é extensa na maioria dos casos e representa uma rede de apoio social, em conjunto com a religião, em um contexto em que a presença de apoio e de estrutura por parte do Estado quase inexistente.

Para dois casais (2 e 3), a igreja evangélica foi referida como importante fonte de apoio material ou como auxílio no enfrentamento de problemas, como uso de drogas pelo parceiro (casal 2). Nestes casos, a doutrina religiosa parece interferir diretamente nas visões e práticas destes casais. A atuação destas instituições pode ser claramente percebida nos relatos sobre aborto, tema sob o qual os preceitos morais e religiosos aprendidos na família e na igreja exercem grande influência; assim como na construção do desejo de engravidar e na percepção da reprodução como seguimento natural da vida.

Estes agentes e instituições que ocupam significativo lugar na vida destes sujeitos, em geral, promovem a assimetria de gênero (dominação masculina e submissão feminina); ainda que nesta pesquisa ela possa estar atenuada em virtude do envolvimento afetivo dos parceiros e do momento da gestação, tal como alerta Maksud (2007). Assim, a família age por meio da divisão sexual do trabalho (mulheres são vistas como responsáveis pelo cuidado da casa e dos filhos, mesmo que atualmente ocupem o lugar de provedoras). Enquanto a religião enfatiza os valores morais ligados à família tradicional, na qual predomina a submissão da mulher ao homem (BOURDIEU, 2002; MAKSUD, 2007).

Voltando ao tema da ocupação profissional, percebe-se que para além do provento material, o trabalho remunerado fora do lar, especialmente no que se refere às mulheres, permite o contato com outros grupos sociais que estão inicialmente fora do convívio e da rede de familiaridade. As trajetórias de parte das mulheres revelam que alguns de seus encontros afetivo-sexuais ocorreram em virtude desta maior circulação em espaços fora do âmbito familiar (casais 4, 5 e 6).

Destaca-se que nos três casais (1, 2 e 3), que se formaram através de laços de proximidade, as parceiras não trabalhavam no momento do encontro (Beatriz) ou nunca haviam exercido atividade remunerada fora do lar (Alice e Cláudia). Observa-se, com base nos relatos destes três casais, que a sensação de proximidade ao parceiro gerou confiança e colaborou para o não uso de medidas preventivas de forma consistente, a fim de evitar a transmissão do HIV. Especialmente para os homens entrevistados, que circularam em ambientes mais diversos que as mulheres, a prevenção das IST ao longo da vida também esteve ligada a uma avaliação moral do perfil das parceiras sexuais. Neste caso, o estigma da Aids (e de seus portadores) atua sobremaneira na decisão sobre a adoção (ou não) do preservativo.

Os sentimentos de cumplicidade, a gestação e os projetos de vida em comum foram constantes nos relatos e sugerem que esses fatores são a base para a manutenção do relacionamento. Todavia, os arranjos conjugais foram diversos, ainda que em um universo relativamente pequeno. Três casais (2, 3 e 4) já coabitavam no momento da entrevista, dois planejavam morar juntos desde que descobriram a gestação atual (5 e 6) e apenas a gestante do casal 1, Alice, relatou não querer coabitar com o parceiro, por motivo já explicitado. Para aqueles casais que não coabitam, o arranjo doméstico é caracterizado pela família nuclear (mãe e irmãos) e/ou por agregados (sobrinhos, tias, dentre outros).

Em relação ao HIV e às normas de gênero no âmbito do casal, percebe-se que na maioria dos casos a revelação do diagnóstico ao parceiro e sua reação positiva diante da notícia,

especialmente quando ele é soronegativo, podem favorecer a submissão das mulheres a diversas situações, interferindo nos jogos de força e poder existentes no convívio do casal. Todas as mulheres entrevistadas consideraram a decisão do parceiro de permanecer na relação conjugal com elas uma prova de amor; inclusive Cláudia, que desconfia que foi o parceiro quem transmitiu o vírus. O contexto da gravidez pode influenciar a reação dos parceiros e a presença deles no serviço de saúde sugere um vínculo e uma apoio diferenciados, que não podem ser generalizados.

Por outro lado, o advento do HIV na vida conjugal pode deslocar a posição de alguns parceiros em direção à assunção de uma postura de cuidado com a parceira. Tal situação fica evidente principalmente nos casais 1 (Alice e Artur) e 6 (Flávia e Fernando), em que todos das díades destacam que depois do diagnóstico da gestante os parceiros tornaram-se preocupados com sua saúde. Porém, é preciso lembrar que esse cuidado pode ter a ver também com a condição de gravidez.

Interessante identificar que os jogos de poder e de agência dentro de cada casal, além de sofrer interferência dos padrões de gênero tradicionais, estão associados a determinadas dinâmicas internas e, a partir de um conjunto de elementos, podem ser atualizados. Por exemplo, nos casais 2 (Beatriz e Benício) e 3 (Cláudia e Carlos), apesar de as parceiras não exercerem trabalho remunerado, são elas que administram, ainda que sem autonomia total, a renda familiar. O que pode dar espaço a certa agência, ainda que muitas vezes expresse a dominação masculina. Particularmente no casal 3, fica evidente que a parceira controla o dinheiro recebido pelo parceiro pelo fato de ele ter tido problemas de uso abusivo de drogas no passado; situação reconhecida por ele. Nos casais 2 e 3 pesa ainda o fato de as parceiras terem ajudado na evangelização dos seus parceiros e em sua conseqüente transformação e sobrevivência.

Segundo os relatos, predomina a percepção geral que o diagnóstico do HIV, na maioria dos casos simultaneamente à gestação, reforçou os laços afetivos, de confiança e parceria entre os casais. Outras mudanças decorrentes da gravidez se materializam no cotidiano dos indivíduos e dos casais, sendo notado na esfera econômica (custos com a criação da criança) e na perspectiva de entrada numa vida conjugal, caracterizada pela maior responsabilidade com a família, particularmente na visão dos homens.

Interessante salientar que os homens e mulheres entrevistados tendem a não abordar os possíveis conflitos entre as duplas a partir da notícia da soropositividade, à exceção de Carlos, parceiro do casal 3, sabidamente soropositivo. Em alguns casais predomina um silêncio de

ambos a respeito da origem da infecção. É como se essa busca pudesse colocar em risco a identidade social que acreditam ser a da(o) parceira(o) e, em consequência, a manutenção do relacionamento. A continuidade do relacionamento parece ser intuito de todos os casais entrevistados, o que provavelmente está relacionado ao momento de gestação, que fortaleceu os projetos comuns de vida de cada díade. Todavia, os conflitos individuais das mulheres diagnosticadas foram amplamente relatados, como o desespero frente ao seu diagnóstico e o medo da reação do parceiro diante de uma possível revelação.

Com o intuito de identificar os espaços entre os condicionantes sociais descritos, que atuam fortemente sobre as trajetórias de vida individuais e dos casais entrevistados, observamos pequenas brechas no que tange ao escape às normas tradicionais de gênero. Ainda que muitas vezes a agência individual reflita mais a dominação do que a resistência. No casal 1, Alice relata que não tem planos de coabitar com o parceiro, Artur, a fim de claramente evitar a submissão a padrões de comportamento entendidos como masculinos e indesejáveis para ela, como “ir para gandaia”. No entanto, a resistência à coabitação a faz continuar se submetendo a uma situação não favorável na casa da família de origem, onde também está sujeitada à assimetria de gênero, na medida em que é a única responsável pelo cuidado com a mãe e pelas tarefas domésticas.

Daniela, do casal 4, é a provedora material da díade, tem uma boa escolaridade e realizou alguns enfrentamentos relacionados ao gênero ao longo da vida, elementos que poderiam colocá-la em uma posição melhor para negociações no âmbito do casal. Porém, o fato de viver um relacionamento sorodiscordante e de considerar como grande prova de amor Dionísio permanecer com ela após a revelação da soropositividade (que não ocorreu no âmbito da gravidez), faz com que ela se submeta a algumas situações desfavoráveis. Fica claro, neste casal, que por ela estar provendo seu núcleo familiar, o parceiro cedeu na decisão pela gestação, que era um grande desejo dela e não dele. Por outro lado, ainda que seja ela a responsável por todas as despesas e tarefas domésticas, junto com a mãe, em uma rotina extenuante, o parceiro já propôs a ela que pare de trabalhar definitivamente para assumir os cuidados do filho do casal, quando este nascer. Apesar de valorizar o trabalho como forma de independência financeira, naquele momento ela cogitava tal possibilidade, o que também é favorecido pela ausência do Estado em prover creches de qualidade para que as mulheres possam se manter em suas ocupações fora do lar após uma gravidez.

Assim como já apontado entre os homens, é importante destacar as diferenças entre gerações de mulheres, principalmente entre as gestantes entrevistadas e suas mães,

comparações traçadas pelas próprias grávidas. A não submissão a relacionamentos violentos ou a procura pelas vias jurídicas para garantir o direito à pensão alimentícia após doloroso divórcio são exemplos observados e ressaltados, respectivamente, por Daniela e Beatriz.

Ainda sobre gênero, seu impacto pode ser percebido quando analisamos o exercício da sexualidade e os relatos acerca do tema. A iniciação e o comportamento sexual das e dos participantes da pesquisa se assemelham ao padrão da população brasileira. As mulheres iniciaram a vida sexual geralmente em idade mais avançada que os homens e com um parceiro fixo (namorado ou marido), tendo poucos relacionamentos e estáveis (1 a 2 parceiros na vida). Já os homens relataram iniciação sexual com parceria eventual (prima, vizinha) e múltiplas parcerias ao longo da vida, particularmente os mais velhos.

Nos depoimentos relativos às práticas de contracepção das mulheres antes da descoberta do HIV houve referências ao uso (irregular) de pílulas anticoncepcionais nos relacionamentos fixos. Contudo, tal uso nem sempre era compartilhado com o parceiro e o manejo do método ficava sob a responsabilidade das mulheres, cujo acesso ao recurso advém, geralmente, de indicação de amigas e/ou da visita ao ginecologista no início da vida sexual. A camisinha torna-se a opção quando as mulheres não desejam continuar o uso da pílula, em virtude de algum efeito colateral, com função mais de contracepção do que de prevenção de HIV e outras IST. Embora no nível discursivo tenha havido considerações sobre a responsabilidade do casal na escolha e adoção de métodos contraceptivos, na prática os parceiros delegam essa função à mulher. Apenas no casal 5 o homem tinha uma participação mais ativa.

O tema das normas de gênero é transversal a várias dimensões da vida dos entrevistados e será retomado no tópico a seguir, que discute as facetas e as dinâmicas da prevenção do HIV/Aids no contexto dos casais grávidos convivendo com a infecção.

#### 4.2 DIMENSÕES DA PREVENÇÃO DO HIV/AIDS NO ÂMBITO DE CASAIS GRÁVIDOS

A partir dos relatos, são várias as dimensões da prevenção do HIV/Aids no contexto de casais grávidos convivendo com a infecção. Os serviços e profissionais de saúde, pautados em conhecimentos biomédicos e de epidemiologia, normalmente analisam este tipo de situação a partir de uma lógica de “duplo risco”, que considera tanto a probabilidade de transmissão vertical do vírus, quanto o risco de transmissão para ou entre os parceiros sexuais (SILVA E COUTO, 2009). De fato, esta questão foi confirmada a partir dos relatos dos entrevistados e da

observação dos espaços e das conversas informais com os profissionais de saúde durante o trabalho de campo. Apesar do duplo risco ser considerado, o foco maior do serviço é na prevenção da transmissão vertical.

Quando analisadas as preocupações dos casais em relação ao HIV, amplia-se o leque de “prevenções” relacionadas ao vírus, embora a PTV seja a principal prioridade, acompanhada pelo medo de *transmissão para o parceiro*; principalmente entre os casais com diagnóstico mais recente. O estigma da Aids induz os casais, especialmente as mulheres, a outros tipos de prevenção, ligados a uma proteção de sua identidade social e ao segredo quanto à infecção. Nessa direção, foi observada a *prevenção dos sintomas da Aids*, por meio da adesão aos medicamentos e cuidados em geral com a saúde, a fim de evitar os sinais e marcas físicos que poderiam identifica-las como portadoras do vírus em sua rede de sociabilidade.

Foi igualmente percebida a *prevenção da exposição ao estigma da aids de uma maneira geral*, por medo de sofrerem preconceito e discriminação. O que leva ao silêncio a respeito da doença e à manutenção do segredo acerca da infecção. A seguir, discorreremos sobre cada uma dessas dimensões da prevenção, que estão interligadas. Cabe destacar que algumas medidas prescritas maciçamente pelos profissionais, como uso da camisinha e a adesão ao tratamento antirretroviral, perpassam todas as formas de prevenção, ainda que isto seja entendido de maneira diferente no âmbito de cada casal.

#### *Prevenção da transmissão vertical*

Quatro das seis gestantes entrevistadas foram diagnosticadas com HIV/Aids durante os exames do pré-natal. Esses dados sugerem que as políticas de testagem do HIV neste período conformam um importante momento de diagnóstico de mulheres que não se percebem em risco ou que, por medo do estigma, não realizam o teste. Além disso, têm grande relevância na redução da transmissão vertical no contexto nacional e global, contribuindo para garantir às PVHA o direito à reprodução segura (para os pais e para a criança), como assinalado.

À época da realização das entrevistas, no ano de 2013, o principal documento de referência do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010), no que tange à PTV, preconizava os seguintes pilares: 1) testagem e aconselhamento pré e pós teste da gestante (ou, no caso de gestações planejadas, testagem antes da concepção e acompanhamento da carga viral para detecção do momento mais adequado para relação sexual sem proteção, a fim de diminuir riscos de TV)e, a depender do resultado, testagem do parceiro sexual; 2) estabelecimento de sólida relação entre médico e a paciente recém diagnosticada com HIV; 3) prevenção de outras IST,

promoção do autocuidado e da saúde em geral; 4) administração da TARV em todas as gestantes infectadas pelo HIV, independentemente de sua situação virológica, imunológica ou clínica (à época o tratamento antirretroviral não era recomendado para todos os casos diagnosticadas com o vírus); 5) definição da via de parto, pautada em indicadores biológicos e aspectos clínicos, a fim de minimizar os riscos de TV durante o parto; 6) cuidados gerais no trabalho de parto; 7) aconselhamento no puerpério, suspensão da amamentação e profilaxia medicamentosa no recém-nascido. Além disso, em todo o documento estão salientadas questões sociais associadas à infecção por HIV e a necessidade de atenção a elas. Tais diretrizes seguem orientando as políticas atuais.

Apesar da complexidade e da abrangência das práticas preconizadas para PTV, o que chega e/ou fica registrado para a maioria dos casais é a necessidade do uso da camisinha, da adesão ao tratamento antirretroviral e do impedimento do aleitamento materno. Observa-se que a prevenção da transmissão vertical é a maior preocupação da maioria dos casais, o que condiz com a centralidade da gravidez em suas vidas, e não do HIV, que ocupa um espaço em geral menor com o passar do tempo pós diagnóstico. Ainda que a lógica da política de tratamento como prevenção não estivesse espalhada para todos os indivíduos e grupos vivendo com HIV/Aids em 2013, sua base estava sendo utilizada na prevenção da transmissão vertical, na medida em que associava a baixa carga viral materna à diminuição do risco de TV. Havia um discurso maciço do serviço, segundo os entrevistados, sobre a importância de adesão a todo o tratamento.

A preocupação com a transmissão vertical parecia ser o principal foco de atenção do serviço, convergindo com (e/ou influenciando) os principais interesses dos casais. Tal convergência entre interesses biomédicos e representações positivas acerca daquela gravidez criavam um ambiente favorável ao sucesso da maioria das práticas de prevenção da transmissão vertical, à exceção do uso da camisinha. Isto fica claro quando Flávia e Fernando (casal 6) apontam que a gestante (infectada via transmissão vertical) desde a adolescência apresentava problemas graves na adesão aos medicamentos, mas que durante aquela gestação estava buscando seguir à risca o tratamento medicamentoso.

Os significados atribuídos à gestação, à paternidade e à maternidade e os valores positivos que ela representava para a maioria daqueles casais (reafirmação do vínculo afetivo-sexual, chance de construção de nova família e de reinvenção de si – deixar de ser filho(a), certo rompimento com a família de origem) favorecem a ideia de responsabilidade dos pais com a saúde dos filhos. Ademais, a prevenção da transmissão vertical está diretamente relacionada à

prevenção de maior exposição ao estigma da Aids, na medida em que um bebê “saudável”, sem HIV, poderia atestar socialmente a saúde da mãe e livrá-la de suspeitas a respeito de sua soropositividade (MONTEIRO et al, 2016 a e b).

Em todas as narrativas, após a descoberta do HIV, foi recorrente a grande preocupação de o/a filho/a nascer infectado. No entanto, a partir do acompanhamento com os profissionais do serviço especializado e, por vezes, consultas à internet, a maioria dos casais tomou conhecimento da prevenção da TVH e ficaram mais tranquilos e otimistas.

#### *Prevenção da transmissão para o parceiro sorodiscordante, sorointerrogativo ou soroconcordante*

Importante lembrar que entre os seis casais entrevistados apenas um era sabidamente soroconcordante (casal 3), três eram sorodiscordantes (casais 4, 5 e 6) e dois aguardavam o resultado da testagem dos parceiros. Tal situação sugere que a rotina daquele serviço de saúde parece não seguir as diretrizes do protocolo sobre PTV, citadas acima (BRASIL, 2010), que indicam que os testes rápidos devem ser utilizados em situações específicas, como em parceiros de PVHA. Após a revelação do diagnóstico da gestante, houve relatos de diminuição da frequência da atividade sexual, mais por circunstâncias ordinárias -- como carga de trabalho do parceiro, distância entre as residências e efeitos da gravidez (mal-estar, diminuição da libido)--, do que em função da infecção pelo HIV.

A prevenção da transmissão cruzada ou reinfeção entre parceiros sexuais soropositivos fazia parte do discurso dos profissionais de saúde daquele serviço. Contudo, quando questionados sobre a possibilidade de se reinfectarem pelo HIV nas relações sexuais desprotegidas, dada a variedade genotípica do vírus e a carga viral, notou-se desconhecimento dos membros dos casais entrevistados. No caso dos casais sorodiscordantes e sorointerrogativos, a forma de proteção mais divulgada para a não transmissão do HIV era o uso do preservativo, especialmente o masculino. Apenas Carlos, do casal 3, teve interesse em experimentar a camisinha feminina nas relações sexuais com a parceira atual, no intuito de contribuir para a prevenção da transmissão vertical. Flávia (casal 6), infectada por transmissão vertical, foi a única que associou a redução dos riscos de transmissão do vírus à adesão ao tratamento.

Cabe registrar que as gestantes vivendo um relacionamento sorodiscordante referiram mais medo da transmissão do HIV para o parceiro do que eles próprios. Segundo os relatos, logo após a descoberta do HIV e diante do receio da transmissão do vírus para o parceiro, o uso

da camisinha, prescrito pelos profissionais de saúde, torna-se um pouco mais frequente na vida de alguns dos casais sorodiscordantes. Ainda assim, para os casais 3, 4, 5 e 6 o uso continuou sendo irregular ou ausente em função da resistência dos homens; o que indica certa despreocupação deles com a transmissão do HIV e sugere a banalização da doença.

Como atestado pela literatura, na medida em que a confiança na/o parceira/o se estabelece, o uso da camisinha é abandonado ou se torna irregular, sendo questionado principalmente pelos parceiros. Estudos também assinalam que uso da camisinha vai de encontro a valores importantes ligados à conjugalidade e à família, como confiança e espontaneidade/naturalidade, muito importantes para a maioria dos entrevistados (MONTEIRO, 2002; THEODORE et al, 2004; SAID E SEIDL, 2015). Assim, a despeito do fácil acesso, poucos casais fazem uso consistente deste dispositivo. Este aspecto remete à importância do estudo sobre os ideais de conjugalidade que norteiam as práticas sociais, com destaque para as sexuais, dos indivíduos e grupos.

Para compreender porque o risco de infecção pelo HIV não parece ser uma preocupação central dos homens entrevistados, capaz de mudar seus hábitos de prevenção, deve-se levar em conta a ausência de sintomas entre as suas parceiras (decorrentes do acesso ao tratamento) e a perspectiva de os filhos nascerem sem HIV. Além disso, a pouca clareza em relação à ação do vírus no organismo favorece a invisibilidade dos efeitos do HIV e limita a compreensão quanto à perspectiva de cura biomédica. O fato de alguns casais manterem relações sexuais sem proteção antes do diagnóstico da parceira e o parceiro ser negativo parece igualmente contribuir para uma não preocupação com o HIV entre os homens, principalmente nos relacionamentos de mais tempo.

A noção de prova de amor do parceiro e o fortalecimento do vínculo entre o casal após a revelação do diagnóstico do HIV e/ou da gestação reitera a lógica da proteção nas relações estáveis, em contraposição aos riscos das relações esporádicas. No caso do estabelecimento de uma relação estável prevalece a compreensão de que é preciso revelar a soropositividade para a/o parceira/o. Desse modo, a gestante do casal 6 relatou que mantinha relacionamentos instáveis para não ter que contar sobre o diagnóstico do HIV ao parceiro/a. Importante destacar que nenhum(a) dos parceiros e das gestantes cita relações extraconjugais durante o relacionamento atual e, portanto, não falam sobre a possibilidade de contraírem vírus a partir de outras pessoas naquele momento, via sexual.

### *Prevenção da exposição ao estigma do HIV/Aids*

Observa-se, a partir dos relatos dos membros dos casais entrevistados, a persistência do estigma da Aids, que compromete o exercício de cidadania e o usufruto dos direitos à saúde, o que amplia a vulnerabilidade destes grupos ao HIV (VILLELA E MONTEIRO, 2015). Corrobora esse ponto de vista a surpresa das mulheres e dos homens com a descoberta do HIV (própria ou da parceira) e o receio da revelação para o parceiro. Os relatos indicam a não percepção de risco de infecção do HIV entre o grupo entrevistado, tendo em vista o predomínio da associação da Aids com grupos historicamente vinculados à epidemia (prostitutas, gays e usuários de drogas) e aos relacionamentos sexuais esporádicos e instáveis.

Especificamente sobre a influência do estigma da Aids no receio de revelação da condição de PVHA para o parceiro, destaca-se a história de Flávia (casal 6), cujo relato sobre o medo de vivenciar o estigma do HIV/Aids em relações afetivo-sexuais embasou crenças sólidas e limitantes. Ela acreditou, durante grande parte da vida, que não poderia casar, constituir família ou ter filhos – projetos importantes para ela – por não conseguir falar sobre ser soropositiva para parceiros íntimos.

O medo de ter sua identidade social ameaçada, frente ao estigma associado a Aids, parece gerar, em algumas mulheres, uma redução da sua sociabilidade, justamente no contexto de gravidez. Momento comumente de maior intervenção da rede social sobre a díade e, talvez, de necessidade de apoio, especialmente considerando o cenário socioeconômico precário da maioria dos casais.

Este receio orienta a decisão da maioria dos casais de manter o diagnóstico de soropositividade como segredo da díade, o que parece fortalecer os laços de cumplicidade entre o casal. Além disso, para o casal 3, Claudia e Carlos, o sigilo em torno da soropositividade de ambos tem a função de protegê-los de acusações externas à díade sobre a origem da infecção pelo HIV.

### 4.3. RELAÇÃO COM O SERVIÇO DE SAÚDE ESPECIALIZADO NA PTV

Todas as mulheres entrevistadas foram encaminhadas para o serviço especializado em PTV a partir da constatação da condição de gestantes HIV positivas em diferentes instituições de saúde (principalmente outros hospitais ou unidades básicas de saúde). As formas de encaminhamento não necessariamente seguiram a lógica da territorialização, o que fica claro

quando se observa que três dos seis casais moravam em municípios da Baixada Fluminense, área onde existe um outro hospital de referência na PTV.

Beatriz foi a única gestante que relatou muitas dificuldades para iniciar seu pré-natal, por ser considerada gestante de alto risco, antes ainda de se saber soropositiva. Conseguiu garantir atendimento em uma maternidade do município do Rio um mês e meio após iniciar a busca, através de iniciativa individual de uma médica da rede pública, que elaborou uma carta de encaminhamento explicitando a gravidade de seu caso. Eduardo, cuja parceira foi diagnosticada soropositiva na gestação atual e em uma clínica particular, também relata problemas e demora no encaminhamento de Elisa ao serviço especializado em PTV, segundo ele por inexperiência da médica responsável pelo diagnóstico.

Para analisar a relação desses casais com o serviço especializado onde estavam sendo atendidos, é preciso considerar suas vivências anteriores com serviços de saúde de uma forma mais ampla. Essas situações claramente interferem nas suas avaliações e percepções sobre o atendimento que recebem na instituição atual. Neste sentido, constata-se que as experiências dos homens em unidades de assistência são poucas, confirmando o que a literatura aponta sobre a relação entre os padrões de masculinidade, como a ideia de invulnerabilidade e a procura por cuidado em saúde (UNAIDS, 2017c). Mas, também demonstra as fragilidades do sistema e do programa de Saúde do Homem em conseguirem colaborar para a mudança de tais padrões (SEPARAVICH e CANESQUI, 2013).

Os únicos parceiros que relataram algum tipo de experiência com serviços de assistência à saúde foram Carlos (casal 3) e Eduardo (casal 5). Carlos ficou internado em estado grave em virtude de tuberculose e suas complicações. Eduardo, cuja mãe é técnica de enfermagem e trabalha como segurança em unidades de saúde, tem um perfil de autocuidado e de busca por atendimento diferenciado dos demais. O contato com o serviço especializado em PTV parecia uma das primeiras experiências de cuidado prolongado da maioria dos parceiros. Outro fator relevante é que a maior parte deles estava podendo acompanhar suas parceiras em virtude da ausência de vínculo formal de trabalho.

Quanto às mulheres, a responsabilidade pelo cuidado de parentes e filhos e os eventos reprodutivos tornam-lhes mais familiarizadas ao ambiente de assistência em saúde. No caso de Flávia, que desde os quatro anos de idade foi diagnosticada com HIV, seu contato prolongado com serviços de saúde foi em virtude desta condição. Apesar da variedade de vivências entre as mulheres, a gravidez, anterior ou a atual, amplia consideravelmente o acesso delas aos serviços de saúde. Tanto pela tradição de busca do acompanhamento pré-natal, já mais

difundido, quanto pela priorização dada à gestação e ao pré-natal nas unidades de saúde. No entanto, este acesso nem sempre é considerado de qualidade, o que fica ainda mais explícito quando Alice e Cláudia informam que tiveram perdas sucessivas de bebês em idade gestacional avançada e as causas para tal só foram investigadas e descobertas após ingresso e acompanhamento por aquele serviço especializado, sendo que os problemas não tinham relação imediata com o HIV.

Daniela e Elisa foram as únicas gestantes que relataram experiência com atendimento em saúde privado, em função do vínculo formal de trabalho. Prevalece entre todas(os) as/os entrevistadas/os uma visão negativa acerca dos serviços públicos de saúde por influência de vários fatores, como experiências negativas, papel da mídia, ineficiência de alguns setores, entre outros. Nesse contexto, os planos de saúde privados são percebidos como um bem, capaz de facilitar o acesso das pessoas à assistência em saúde. Daniela foi a gestante que apresentou uma maior preocupação em relação aos métodos anticoncepcionais e relato sobre acompanhamento ginecológico contínuo, o que também pode ter a ver com sua escolaridade, como já citado.

A maioria dos casais ingressou naquele serviço especializado havia poucos meses, à exceção do casal 3, que desde a gravidez anterior, cujo desfecho foi a perda do bebê, conseguiu manter-se em acompanhamento no local. Segundo relato dos profissionais, em conversas informais durante a observação de campo, o fluxo comum é o casal grávido ser atendido por aquele serviço até o diagnóstico definitivo do bebê. São recorrentes os elogios às equipes multiprofissionais, principalmente no que tange ao primeiro acolhimento; especialmente Alice e Elisa, que tinham sido diagnosticadas havia menos tempo e que tiveram experiências negativas com profissionais de saúde de outros serviços quando da revelação do diagnóstico positivo. Assim como já indicado na seção de resultados, o único que formulou certa crítica ao modo de atendimento ali oferecido foi Benício, parceiro do casal 2, que se mostrou incomodado com o grande número de profissionais envolvidos na assistência do casal; para ele significava exposição da condição deles a muitas pessoas.

Apesar do bom relacionamento, a maioria das gestantes e parceiros refere não comentar com os profissionais de saúde as dúvidas que têm em relação à sexualidade por entenderem o assunto como de foro íntimo, o que implicou em algum constrangimento em falar sobre o tema durante a entrevista. Neste caso, assim como em outros, vários casais recorreram ao uso da internet para acessarem conhecimentos biomédicos. Além disso, a boa avaliação do serviço não necessariamente parece associada a uma crença absoluta no discurso biomédico e sua total internalização. Isto fica evidente em diversas situações, tais como nas hipóteses da origem da

infecção formuladas por Beatriz através de fômites<sup>2</sup> durante procedimento de curetagem uterina) e Daniela (ex parceiro foi infectado por meio de fômites, em virtude de sua ocupação), desacreditadas pelos profissionais e mesmo assim mantidas pelas gestantes.

Ademais, como comentado no tópico anterior, as orientações médicas acerca do uso da camisinha, da necessidade de prevenção da transmissão cruzada ou reinfecção de pessoas soropositivas e da espera do “momento ideal” para engravidar, encontram resistência entre os casais, na medida em que vão de encontro a crenças e valores distintos. Por exemplo, os casais 3 e 4, cuja gravidez foi planejada quando o diagnóstico de HIV já era conhecido e sob cuidados médicos, a orientação sobre a relação entre a carga viral, os níveis de CD4 e a “*a hora certa de fazer filho*” não foi considerada no momento da concepção. Valores como a espontaneidade, a naturalidade e o prazer da relação sexual se sobrepuseram à recomendação médica. Interessante perceber que estas questões aparentemente não são discutidas dentro dos ambulatórios. Ou seja, os profissionais fazem as recomendações (principalmente focando o uso da camisinha e a adesão ao medicamento) e os casais, internamente, decidem o que faz sentido para eles, sem questionar ou tentar negociar com os saberes biomédicos.

O conhecimento biomédico com os quais tiveram contato ao longo da vida (não apenas naquele serviço) tornam-se especialmente relevantes para manutenção do segredo acerca do diagnóstico da parceira e/ou do casal. Principalmente no que tange à não amamentação, justificada na rede de sociabilidade a partir de argumentos médicos, elaborados com ou sem ajuda dos profissionais de saúde, tais como o uso de antibióticos ou referência a problemas de saúde anteriores da gestante (MONTEIRO et al, 2016 a e b).

Pode-se afirmar que a partir do diagnóstico de HIV e especialmente durante o contexto de gestação, os serviços de saúde tornam-se parte da rede de sociabilidade dos casais. Contudo, a socialização aparentemente se dá mais com os profissionais de saúde do que com os outros usuários. São feitas poucas referências às relações estabelecidas com outras PVHA a partir da vivência nestes ambientes institucionalizados de cuidado, o que é referido mais por Elisa, do casal 5. Através da observação durante trabalho de campo, as conversas e trocas com outras GVHA ocorre na sala de espera, não havendo um espaço específico, naquele serviço especializado, como um grupo de gestantes, criado para favorecer e mediar esse contato entre as mulheres e casais ali atendidos.

---

<sup>2</sup> Fômite, definido como qualquer objeto inanimado ou substância capaz de absorver, reter e transportar organismos contagiantes ou infecciosos.

## CONCLUSÕES

A partir de uma perspectiva socioantropológica, essa tese analisou os elementos estruturais e individuais que conformam as práticas de prevenção da Aids entre casais heterossexuais grávidos, tendo por base as visões das gestantes com HIV e de seus parceiros. A pesquisa com seis casais grávidos, das camadas populares, gerou reflexões que visam contribuir para a elaboração de políticas e ações mais efetivas na prevenção do HIV/Aids entre pessoas em relacionamentos heterossexuais estáveis, no contexto atual.

A análise das trajetórias das mulheres e homens investigados aponta que a infecção do HIV e a convivência conjugal sob a égide da soropositividade estão mergulhadas em uma rede de fatores externos e internos à dinâmica dos casais. Tal rede envolve o contexto socioeconômico, os valores em torno da conjugalidade, da maternidade e da paternidade e a rede de sociabilidade e de apoio, incluindo os serviços de saúde. Portanto, é compreensível que a abordagem individualizada e medicalizadora da equipe multiprofissional do serviço analisado, associada à ausência do Estado na garantia de direitos básicos, sejam insuficientes para reduzir a vulnerabilidade ao HIV/Aids e prevenir a transmissão heterossexual do vírus. Contudo, é preciso considerar o impacto positivo do serviço de saúde no âmbito individual, na medida em que ele exerce papel fundamental na ressignificação da fatalidade da infecção por HIV/Aids e oferece cuidados que possibilitam às gestantes e seus parceiros darem seguimento aos seus projetos de vida.

Os achados revelam ainda que as escolhas teórico-metodológicas na abordagem da temática se mostraram adequadas no processo de análise dos dados. Especialmente, o uso do constructo “trajetória”, que claramente favoreceu o entendimento acerca dos fatores estruturais que atravessam a díade. A tomada do casal como unidade de análise, igualmente contribuiu para entendermos a dimensão relacional da conjugalidade e das decisões e práticas preventivas e reprodutivas dos casais entrevistados. O uso dos fundamentos teóricos sobre as diferenças entre as racionalidades holística (hierárquica) e individualista (igualitária) na análise das visões de mundo dos membros dos casais pesquisados permitiu localizar e compreender alguns dos valores que orientam os sujeitos, incluindo a maternidade e a paternidade. Todavia, em termos práticos não funciona de modo tão esquemático e condizente com a realidade vivida pelos casais. Isto porque a realidade se mostra muito mais diversa; traços holistas e individualistas foram encontrados em todos os casais, ainda que nos resultados tenhamos assinalado a preponderância de uns ou outros em cada contexto.

Ainda nessa direção, a adoção do conceito de gênero enquanto categoria analítica também favoreceu o entendimento das implicações das normas tradicionais de gênero nas trajetórias individuais e dos casais, bem como nas suas decisões e práticas vinculadas à prevenção e cuidado do HIV/Aids. Os depoimentos evidenciam como essas normas, associadas a diversos fatores socioculturais e econômicos, incluindo o estigma da Aids, afetam o exercício pleno e informado da sexualidade, o diagnóstico do HIV e à atenção à saúde.

Vale observar que a persistência do estigma associado ao HIV/Aids compromete o exercício de cidadania, a vida social e o usufruto dos direitos à saúde, o que amplia a vulnerabilidade destes grupos ao HIV (VILLELA E MONTEIRO, 2015). É impressionante que, apesar de passadas quatro décadas da infecção, este desafio persista, devendo ser constantemente repensado e operado nas políticas e programas sociais, com destaque para aqueles voltados à prevenção do HIV/Aids em mulheres em relacionamentos estáveis (GUIMARÃES, 1996; KNAUTH, 1997). Isto demanda atuação em dimensões além da programática, como nas normas e nos determinantes das desigualdades econômicas e de gênero.

Com relação à prevenção do HIV no contexto das relações heterossexuais, chama a atenção como as equipes profissionais e as díades priorizam as medidas da prevenção da transmissão vertical. Tal ênfase ocorre em detrimento da prevenção do HIV para o parceiro soronegativo ou de sorologia desconhecida e da prevenção da transmissão cruzada/reinfecção entre os casais soroconcordantes. A proteção do bebê em relação à infecção do HIV coaduna-se com os valores e significados atribuídos à maternidade e à paternidade, assim como com o objetivo de prevenir a exposição ao estigma da Aids. No entanto, o uso da camisinha e a prevenção da transmissão do HIV para o parceiro vão de encontro às normas tradicionais de gênero e aos pilares de sustentação de uma relação amorosa, como espontaneidade e confiança. A ausência de sintomas da infecção do HIV na gestante e o acesso ao tratamento no serviço especializado igualmente contribuem para que o parceiro minimize a gravidade da Aids e o receio do risco de ser infectado, como ilustra a falar de uma entrevistada: *“Por incrível que pareça, ele não tem medo. Ele sabe o risco que ele ta correndo, e ele não tem medo. Ele falou assim: ‘eu vou ter que tomar o remédio junto com você’”* (Flávia, casal 6).

O mergulho no cotidiano dos casais e em suas trajetórias de vida permitiu evidenciar a variedade de elementos que interferiram nos diferentes graus de vulnerabilidades das mulheres e dos homens à infecção pelo HIV ao longo de suas vidas. Ademais, visibilizou a complexidade dos fatores envolvidos na prevenção do HIV/Aids entre casais em um relacionamento heterossexual estável e atravessados pelo evento da gravidez. Logo, apesar das críticas feitas

em relação ao serviço público de saúde especializado, não se tem a pretensão de que apenas esta esfera do Estado consiga dar conta de atuar em todos os níveis de redução da vulnerabilidade à infecção pelo HIV e de sua prevenção. Contudo, ele poderia atuar como um *locus* privilegiado, trabalhando de forma articulada com os movimentos sociais, por exemplo. O foco nas recomendações sobre o uso do preservativo durante as relações sexuais do casal e na adesão ao medicamento está desconectado de uma atenção aos motivos que levam estes casais a não aderirem a todas as orientações biomédicas. Assim, perde-se a oportunidade de tentar adequar o discurso biomédico às práticas e às crenças dos sujeitos, abrindo espaço para negociações e formas de minimizar os riscos de transmissão do HIV/Aids entre os parceiros e para o bebê, ainda que não haja adesão total ao preservativo ou à TARV.

Cabe, por fim, destacar que à época de realização do trabalho de campo, em 2013, as políticas de Aids para mulheres focalizavam a testagem durante o pré-natal e parto, visando a prevenção da transmissão da prevenção vertical. No cenário atual, esse enfoque segue sendo dominante, havendo uma escassez de outras políticas capazes de contemplar mulheres e homens heterossexuais e os direitos sexuais e reprodutivos. As mudanças mais expressivas nas respostas global e nacional a Aids, em contextos de epidemia concentrada, têm sido dirigidas principalmente às denominadas populações-chaves, com maior prevalência de HIV, como gays/HSH, pessoas trans e prostitutas. Tais respostas, caracterizadas pela ênfase no tratamento como prevenção (TcP) e nas profilaxias pós-exposição (PEP) e a profilaxia pré-exposição (PrEP) ao HIV, priorizam o acesso precoce ao diagnóstico e ao tratamento, em detrimento do enfrentamento das condições de vulnerabilidade ao HIV (MONTEIRO et al, 2017). Tendo em vista todos os aspectos envolvidos na prevenção do HIV/Aids já evidenciados entre os casais, é possível dizer que estes esforços na busca de soluções biomédicas são relevantes, mas não são suficientes para o enfrentamento real da epidemia de HIV/Aids.

A partir da trajetória dos casais grávidos vivendo com HIV, o presente estudo buscou demonstrar de que modo as condições socioeconômicas, as normas de gênero, o acesso aos serviços de saúde e o estigma da Aids permanecem como barreiras à prevenção da transmissão do vírus. Ou seja, fatores que ultrapassam o nível individual de “escolha” ou “desejo”, ainda que estes também sejam conformados socialmente. Assim, concluímos que a despeito do cenário otimista traçado por instituições da saúde em relação ao controle da epidemia de HIV/Aids, os resultados da pesquisa demonstram a necessidade de avanço no enfrentamento dos determinantes estruturais da vulnerabilidade de diversos grupos sociais ao HIV/Aids. Em especial, as mulheres e homens que se identificam como heterossexuais, visando o

fortalecimento da agência feminina e o envolvimento dos homens tanto nos estudos quanto nos serviços relacionados à saúde sexual e reprodutiva.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABIA. SOS Corpo. Panos Institute. *Tripla ameaça: AIDS e mulheres: Dossiê Panos*. Rio de Janeiro, 1993. 128 p.

ADDIS, M.E.; MAHALIK, J.R. Men, masculinity and the contexts of help seeking. *Am Psychol.*, v.58, n.1, p.5-14, 2003.

AGGLETON, P; PARKER, R. Moving Beyond Biomedicalization in the HIV Response: Implications for Community Involvement and Community Leadership Among Men Who Have Sex with Men and Transgender People. *American Journal of Public Health*, v. 105, n.8, p.1552-1558, 2015.

ANDRADE, R.G.; IRIART, J. A. B. Estigma e discriminação: experiências de mulheres HIV positivo nos bairros populares de Maputo, Moçambique. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro , v. 31, n. 3, p. 565-574, 2015 .

BAKER, P.; DWORKIN S.L.; TONG, S.; BANKS, I.; SHAND, T.; YAMEY, G. The men's health gap: men must be included in the global health equity agenda. *WHO*, v.92, n.8, p. 618-620, 2014.

BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2011.

BARROS, C.; SCHRAIBER, L.; FRANCA-JUNIOR, I. Associação entre violência por parceiro íntimo contra a mulher e infecção por HIV. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 365-372, 2011.

BASTHI, A; PARKER, R.; TERTO JR., V. Editorial. Mito vs Realidade: sobre a resposta brasileira à epidemia de HIV e Aids em 2016. *Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (ABIA)*, p. 4-6, 2016.

BASTOS, C. *Ciência, poder, acção: as respostas à Sida*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais, 2002.

BASTOS, F.I. *Feminização da epidemia de AIDS no Brasil: determinantes estruturais e alternativas de enfrentamento*. Rio de Janeiro: ABIA, 2001. (Coleção ABIA, Saúde Sexual e Reprodutiva 3).

BECKER, H. *Métodos de Pesquisa em Ciências Sociais*. São Paulo: HUCITEC (2ª ed), 1994.

BING, E.G.; ORTIZ, D.J.; OVALLE-BAHAMÓN, R.E.; CHENG, K.G.; HUANG, F.H.; ERNESTO, F.; DUAN, N. HIV/AIDS behavioral surveillance among Angolan military men. *AIDS Behav.*, v.12, n.4, p.578-584, 2008.

BOURDIEU, P. *A dominação masculina*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002.

BOZON, M. Sexualidade, conjugalidade e relações de gênero na época contemporânea. *Intersecções Revista de Estudos Interdisciplinares*, Rio de Janeiro, v.3, n. 2, p.121-132, 2001.

BOZON, M. *Sociologia da sexualidade*. Rio de Janeiro: FGV, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento Nacional de DST, Aids e Hepatites Virais. *Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis*. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. *Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Antirretroviral em Gestantes: manual de bolso*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.172 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres da Presidência da República. *Plano Integrado de enfrentamento da feminização da Epidemia de Aids e outras DST*. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Boletim Epidemiológico Aids/DST – ano VIII nº 1*. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Boletim Epidemiológico – Aids e DST*, ano II, n1. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. *Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em crianças e adolescentes*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 242p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais*. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Boletim Epidemiológico Aids/DST – ano IV, nº 1*. Brasília, 2015.

CORBUCCI, P. Situação educacional dos jovens brasileiros. *Revista Desafios do Conhecimento*, ano 7. IPEA, 2010. 60ed.

CORRÊA, S.; PETCHESKY, R. Direitos sexuais e reprodutivos: uma perspectiva feminista. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1-2, 1996

CORRÊA, S. A resposta brasileira ao HIV e à Aids em tempos tormentosos e incertos. *Mito vs Realidade: sobre a resposta brasileira à epidemia de HIV e Aids em 2016*. Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (ABIA), p. 7-15. 2016

DE LA CRUZ, N; DAVIES, S; STEWART, K. Religion, Relationships and Reproduction: Correlates of Desire for a Child Among Mothers Living with HIV. *AIDS Behavior*, v.15, n.6, p.1233-42, 2010.

DELOR, F.; HUBERT, M. Revisiting the concept of vulnerability. *Social Science & Medicine*, v.50, 1557-1570, 2000.

DUARTE, L.F.D.; GOMES, E.C. *Três famílias: identidades e trajetórias transgeracionais nas classes populares*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2008. 316p.

EL-BASSEL, N.; GILBERT, L.; WU, E.; CHANG M, GOMES C, VINOCUR D, et al. Intimate partner violence prevalence and HIV risks among women receiving care in emergency departments: implications for IPV and HIV screening. *Emerg Med J.*, v 24, n.4, p.255-259, 2007.

FOUCAULT, M. *História da Sexualidade I: a vontade de saber*. São Paulo, Paz e Terra, 2014.

FRAGA, L E MONTEIRO, S. “Agente é um passador de informação”: práticas educativas de agentes de combate a endemias no serviço de controle de zoonoses em Belo Horizonte, MG. *Saúde e Sociedade*, v.23, n.3, p.993-1006, 2014.

GREIG, A; PEACOCK, D; JEWKES, R; MSIMANG, S. Gender and Aids: time to act. *Aids*, v. 22, suppl. 2, p. S35-S43, 2008.

GUIMARÃES, C. D. "Mas eu conheço ele!": um método de prevenção do HIV/aids. In: PARKER, R.; GALVÃO, J. (orgs.). *Quebrando o silêncio: mulheres e aids no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, p. 169-180, 1996.

GUIMARÃES, C. D. Mais merece! O estigma da infecção sexual pelo HIV/AIDS em mulheres. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, UFSC, v. 4, n.2, 1996.

GUIMARÃES, C.D. *AIDS no feminino: por que a cada dia mais mulheres contraem AIDS no Brasil?* Rio de Janeiro: UFRJ, 2001.

HAWKES, S.; BUSE, K. Gender and global health: evidence, policy, and inconvenient truths. *Lancet*, v.381, p. 1783-7, 2013.

HEILBORN, M.L. *Dois é par: gênero e identidade sexual em contexto igualitário*. Rio de Janeiro: Editora Garamond, 2004.

KANNIAPPAN, S.; JEYAPPAUL, M.J., KALYANWALA, S. Desire for motherhood: exploring HIV-positive women's desires, intentions and decision-making in attaining motherhood. *AIDS Care*, v.20, n.6, p.625-30, 2008.

KIPPAX, S.; STEPHENSON, N. Beyond the distinction between biomedical and social dimensions of HIV prevention through the lens of a social public health. *Am J Public Health*, v.102, n.5, p. 789-799. 2012.

KNAUTH, D. R. *AIDS, reprodução e sexualidade: uma abordagem antropológica das mulheres contaminadas pelo vírus da Aids*. Relatório Final. II Prodir. Fundação Carlos Chagas/Fundação MacArthur, 1996.

KNAUTH, D. O vírus procurado e o vírus adquirido. *Revista Estudos Feministas, UFSC*, Florianópolis, v. 5, n. 2, p. 291-300, 1997.

KNAUTH, D. et al. Cultura médica e decisões reprodutivas entre mulheres infectadas pelo vírus da Aids. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v. 6, n. 11, p. 39-54, ago. 2002.

LOYOLA, M. A. A sexualidade como objeto de estudo das Ciências Humanas. In: Maria Luiza Heilborn. (Org.). *Aids e Sexualidade: O olhar das Ciências Sociais*. Rio de Janeiro: Zahar, 1999.

LUZ, M. T. Especificidade da contribuição dos saberes e práticas das Ciências Sociais e Humanas para a saúde. *Saude soc.*, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 22-31, 2011.

MAKSUD, I. *Casais sorodiscordantes: conjugalidade, práticas sexuais e HIV/Aids*. 2007. 259f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ), Rio de Janeiro. 2007.

MBONU, N. C.; VAN DEN BORNE, B.; DE VRIES, N. K. Gender-related power differences, beliefs and reactions towards people living with HIV/AIDS: an urban study in Nigeria. *BMC Public Health*, 12, n.10, 2010.

MONTEIRO, S. *Qual prevenção? Aids, sexualidade e gênero em uma favela carioca*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. 148 p.

MONTEIRO, S.; VILLELA, W.; SOARES, P.; PINHO, A.; FRAGA, L. Protective' silence surrounding AIDS: Reasons and implications of non-disclosure among pregnant women living with HIV in Rio de Janeiro (Brazil). *Global Public Health*, 2016a. DOI:10.1080/17441692.2016.1211163

MONTEIRO, S; VILLELA, W; FRAGA, L; SOARES, P; PINHO, A. The dynamics of the production of Aids-related stigma among pregnant women living with HIV/Aids in Rio de Janeiro, Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, 32(12) e00122215, 2016b.

MONTEIRO, S; BRIGEIRO, M; VILLELA, W; MORA, C; PARKER, R. Desafios do tratamento como prevenção do HIV no Brasil: uma análise a partir da literatura sobre testagem. *Cien Saude Colet* (on line), 2017.

NATTABI, B; LI, J; THOMPSON, S. C.; ORACH, C. G.; EARNEST, J. A systematic review of factors influencing fertility desires and intentions among people living with HIV/AIDS: Implications for policy and service delivery. *AIDS and Behavior*, v.13, n.5, p.949-68, 2009.

NGUYEN, V. et al. Remedicalizing an epidemic: from HIV treatment as prevention to HIV treatment is prevention. *AIDS*, v. 24, n.00, 2010. DOI:10.1097/QAD.0b013e3283402c3e

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Global AIDS Response Progress Reporting, 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Orientações sobre processos e critérios globais para a validação de eliminação da transmissão de mãe para filho do HIV e da sífilis*, 2014.

ORTNER, S. B. *Poder e Projetos*. Conferências e diálogos: saberes e práticas antropológicas, p. 45, 2007.

PARKER, R.; CAMARGO JR. Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos.. *Cadernos de Saúde Pública*, v.16, supl.1, p.89-102, 2000.

PARKER, R.; GALVAO, J. (Orgs.). *Quebrando o silêncio: mulheres e AIDS no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: ABIA : IMS/UERJ, 1996. 206 p. (Coleção História Social da AIDS, n.7).

PARKER, R. Unintended consequences: evaluating the impact of HIV and AIDS on sexuality research and policy debates. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, supl. 2, p. s251-s258, 2009 .

RAMIREZ-FERRERO,E.; LUSTI-NARASIMHAN. The role of men and fathers in the prevention of mother-to-child transmission of HIV and in the promotion of sexual and reproductive health. *Reproductive Health Matters*, v.20, n.39S, p.103-109, 2012.

ROCHA, S.; VIEIRA, A.; LYRA, J. Silenciosa conveniência: mulheres e aids. *Revista Brasileira de Ciência Política*, Brasília, v.11, p. 119-141, 2013.

RUBIN, G. The Traffic in women: Notes on the 'political economy' of sex. In: REITER, R. (ed.) *Toward an Anthropology of Women*. New York: Monthly Review Press, 1975, p.157 – 210. [Traduzido para o português e publicado por SOS Corpo e Cidadania]

SAID, A.P.; SEIDL, E.M.F. Sorodiscordância e prevenção do HIV: percepções de pessoas em relacionamentos estáveis e não-estáveis. *Interface (Botucatu)*, v.19, n.54, p.467-78, 2015.

SALEM, T. *O Casal Grávido – disposições e dilemas da parceria igualitária*. Rio de Janeiro, FGV Editora, 2007.

SANTOS, N.J.S.; BARBOSA, R.M.; PINHO, A. A.;VILLELA, W.V.; AIDAR, T.; FILIPE, E.M.V. Contextos de vulnerabilidade para o HIV entre mulheres brasileiras. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.25, suppl. 2, p. S321-S333, 2009.

SEPARAVICH, M.A.; CANESQUI, A.M. Saúde do homem e masculinidades na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: uma revisão bibliográfica. *Saúde Soc. São Paulo*, v.22, n.2, p.415-428, 2013.

SILVA, N.K.; COUTO, M.T. Sorodiscordância para o HIV e decisão de ter filhos: entre risco e estigma social. In: HEILBORN, M.L. *Sexualidade, Reprodução e Saúde*. Rio de Janeiro: FGV, 2009, p. 75-96.

SILVA, A. M.; CAMARGO Jr., K. R. A invisibilidade da sorodiscordância na atenção às pessoas com HIV/AIDS. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4865-4874, 2011.

SILVA, G.A.; REIS, V.N. Construindo caminhos de conhecimentos em HIV/Aids: mulheres em cena. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.22, n.4, p. 1439-1458, 2012.

THEODORE, P.S. *et al.* Intimacy and sexual behavior among HIV-Positive-Men-Who-Have-Sex-With-Men in primary relationships. *AIDS Behavior*, v.8, n.3, p.321-31, 2004.

UNAIDS. Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic, 2010.

UNAIDS. Global Plan Towards the Elimination of New HIV Infections Among Children by 2015 and Keeping Their Mothers Alive, 2011.

UNAIDS. 90-90-90: An ambitious treatment target to help end the Aids epidemic, 2014.

UNAIDS. How Aids Changed Everything, 2015.

UNAIDS. “15 by 15” – A Global Target Achieved, 2015.

UNAIDS. Global Aids update 2016, 2016.

UNAIDS. Prevention gap report. Geneva, 2016.

- UNAIDS. Ending Aids – Progress Towards the 90-90-90 targets. Geneva, 2017a.
- UNAIDS. When Women Lead Change Happens – women advancing the end of Aids. Geneva, 2017b.
- UNAIDS. Blind Spot – reaching out to men and boys. Geneva, 2017c.
- VAN DER SPUY, Z. M. HIV and reproductive health: A South African experience. *Reproductive BioMedicine Online*, v.18, n.2, p.3-10, 2009.
- VANCE, C. A antropologia redescobre a sexualidade: um comentário teórico. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 7-31, 1995.
- VELHO, G. Cotidiano e política num prédio de conjugados. In: *Individualismo e Cultura. Notas para uma antropologia da sociedade contemporânea*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1987.
- VILLELA, W.V.; LOPES, F.; NILO, A. Violência de gênero contra as mulheres com HIV/ Aids: aprimorando as respostas no Brasil. *Saúde Coletiva*, v.4, n.18, p. 178-182, 2007.
- VILLELA, W; BARBOSA, R; PORTELA, AP; OLIVEIRA, L. Motivos e circunstâncias para o aborto induzido entre mulheres vivendo com HIV no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.17, n.7, p.1709-1719, 2012.
- VILLELA, W.; BARBOSA, R. Prevenção da transmissão heterossexual do HIV entre mulheres: é possível pensar estratégias sem considerar suas demandas reprodutivas? *Rev. Bras. Epidemiol.*, São Paulo, v.18, supl.1, p.131-142, 2015.
- VILLELA, W.; MONTEIRO, S. Gênero, estigma e saúde: reflexões a partir da prostituição, do aborto e do HIV/aids entre mulheres. *Epidemiol.Serv.Saúde*, Brasília, v.24, n.3, p. 531-540, 2015.
- WAGNER, G; LINNEMAYR, S; KITYO, C; MUGYENYI, P. Factors Associated with Intention to Conceive and its Communication to Providers Among HIV Clients in Uganda. *Matern Child Health J.*, v.16, n.2, p.510-8, 2011.
- WEKESA, E.; COAST, E. Fertility desires among men and women living with HIV/AIDS in Nairobi slums: a mixed methods study. *PLOS One*, v.9, n. 8, p.1932- 6203, 2014.
- WHO; LONDON SCHOOL OF HYGIENE E TROPICAL MEDICINE; SOUTH AFRICAN MEDICAL RESEARCH COUNCIL. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva, 2013.

WHO. Global Health estimates 2015: Deaths by causa, age, sex, by country and by region, 2000-2015. Geneva, 2016.

## APÊNDICE I – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Iniciais entrevistado/a:

Nome entrevistadora:

Data:

Duração:

Local da entrevista:

Cor atribuída ao entrevistado/a:

GESTANTE ( )

PARCEIRO ( )

Filhos	Conhecia sorologia antes da gravidez	Planejamento da gravidez	Sorologia do parceiro	Histórico no Serviço
( ) Não	( ) Não	( ) Não	( ) Positivo	( ) 1ª vez
( ) Sim (indicar quantos) ( ) + ( ) – ( ) desconhecia	( ) Sim	( ) Sim	( ) Negativo	( ) já foi atendida outras vezes

### 1. Perfil Sociodemográfico

- Data e local de nascimento: ---/---/-----
- Qual a sua cor? (autoclassificação)
- Qual foi a última série que você concluiu com aprovação? Por que parou de estudar?
- Explorar motivações e estímulo (familiares, contexto) para estudar
- Ocupação atual: ..... Se não trabalha, explorar trajetória de trabalho ao longo da vida.
- Descreva sua semana (*rotina de vida, trabalho, relações sexuais*).
- Com quem você mora?
- O que seu parceiro acha de você trabalhar fora? As tarefas domésticas são divididas? (ver diferença das atividades da casa e da rua dos filhos e filhas).
- Qual a sua renda (média dos 6 meses) por mês? Recebe alguma “mesada” ou ajuda.
- Recebe algum benefício social?
- Qual é a renda total (familiar) da casa no mês? Consegue poupar/guardar dinheiro?
- Seu ganho é maior, menor ou igual à contribuição de seu parceiro/a?
- Quem faz as compras? Quem controla o dinheiro?
- Que tipo de moradia (própria, alugada, cedido)?
- Lugar de residência (bairro, localidade, município): \_\_\_\_\_
- Você recebe algum apoio ou ajuda dos seus pais? Como? Explorar o tipo de apoio familiar (*afetivo, financeiro*).

## **2. Apoio social e do aparato jurídico/legal, discriminação e violência**

- Explorar de quem recebe apoio atualmente
- Identificar a importância dos diferentes apoios sociais ao longo da vida (parceiro; família; membros da igreja; ONG; serviço saúde; serviços públicos, aparato jurídico/legal, outros)
- Explorar definição de discriminação e preconceito
- Citar visões preconceituosas ou ações de discriminação
- Descrever situações de preconceito ou discriminação na vida cotidiana e as razões dessas situações (origem ou nacionalidade; cor da pele; sexo (ser mulher); orientação sexual; sorologia; classe social; uso de álcool ou outras drogas; outros)
- Explorar consumo e regularidade de álcool e outras drogas, incluindo medicamentos.
- Explorar as experiências de violência física, de violência/abuso sexual e de violência simbólica (xingamento, humilhação) ao longo da vida. Em caso afirmativo identificar para cada tipo de violência com quem compartilhou e formas de apoio recebidas.

## **3. Sexualidade: histórico das interações afetivo-sexuais (Motivações)**

- Explorar perfil do parceiro e contexto da relação;
- Preferência em relação aos seus parceiros/as (classe social, idade, escolaridade, orientação sexual, cor, característica de personalidade/pessoais)

## **4. Saúde e DST/Aids**

- Preocupação e cuidados em relação à saúde
- Explorar como ocorreu a infecção e captar imaginário sobre a Aids
- Explorar percepção de risco ao HIV em relação pessoas, relacionamentos e proximidade com a epidemia de Aids
- Conhecimento de pessoa soropositiva que tenha engravidado/que teve filho
- Explorar as práticas sexuais após o diagnóstico do HIV em relação aos desejos, receios, formas de proteção e negociação com o parceiro
- Explorar vivência de situações de violência física relacionadas ao diagnóstico do HIV e com quem compartilhou e formas de apoio recebidas e demais situações de discriminação relativas ao diagnóstico do HIV (uso medicamento; estado saúde; amamentação) no ambiente familiar, social e no serviço de saúde.

### **5. Motivações e efeitos da Testagem Anti-Hiv**

- Descrever o que motivou a realização da testagem
- Reação frente ao diagnóstico de AIDS
- Relatar com quem compartilhou os resultados e quais desdobramentos
- Citar a situação de parceria no momento do diagnóstico (consultar sorologia parceiro)
- Descrever a experiência de aconselhamento
- Citar os encaminhamentos no âmbito dos serviços de saúde especializado

### **6. Reprodução: histórico da gravidez atual, de gravidezes anteriores e de aborto**

- Explorar motivação para gravidez atual, visando identificar autonomia e possibilidade de negociação
- Explorar impacto da sorologia na gestação e nas relações sexuais com parceiro.
- Explorar conhecimento das implicações legais da transmissão consciente do HIV
- Explorar motivação para gravidezes anteriores, visando identificar autonomia e possibilidade de negociação;
- Descrever histórico dos casos e motivações de aborto antes e depois do diagnóstico de HIV e situações de discriminação relativas à prática do aborto
- Explorar desejo de ter outros filhos e as pessoas e que influenciam essa decisão (parceiro, família, profissionais de serviço)
- Verificar se após o nascimento do filho deseja fazer ligadura de trompas ou esterelização e conhecimento e acesso a serviços que realizam esses procedimentos.

### **7. Métodos Contraceptivos e Preventivos**

- Explorar o uso e razões da escolha de métodos contraceptivos.
- Explorar o acesso aos métodos e a negociação do uso junto ao parceiro.
- E a camisinha masculina? (Caso não tenha sido citada)

### **8. Histórico da interação com os serviços de saúde**

- Explorar as experiências quanto ao atendimento nos serviços de saúde da rede pública e o tipo de relacionamento com os profissionais
- Identificar se existem profissionais de referência para compartilhar dúvidas (ex. métodos contraceptivos; possibilidade de evitar transmissão do vírus antes e após a gravidez;

experiências sexuais e afetivas)

- Explorar o que foi falado para os profissionais do serviço e o que foi ouvido.
- Analisar conhecimento sobre a prevenção da transmissão vertical, tratamento (TARV) e controle da carga viral.
- Abordar se algum profissional de saúde recusou atendimento e se houve situações de ofensa ou discriminação no âmbito do serviço.
- Reação frente às recomendações dos profissionais de saúde relativas ao uso de medicamentos; dieta alimentar, comportamentos, etc..
- Explorar atendimento das expectativas como usuário/a do serviço

### **9. Experiências enquanto GVHA e adesão TARV**

- Explorar expectativas em relação ao tratamento (ex. ficar mais forte e saudável);
- Verificar uso de medicação para o HIV/Aids: tipo, mês, ano, regularidade e motivação: período pode indicar impacto positivo da TAR nas condições de saúde)
- Explorar efeitos do tratamento: reações colaterais, receio ou vergonha da revelação do diagnóstico do HIV
- Verificar conhecimento, acesso e uso da PEP (tratamento de urgência tomado imediatamente após uma relação sexual para impedir a transmissão do HIV a uma pessoa soronegativa)

Agradecer e perguntar se tem algo a acrescentar ou alguma dúvida ou questão.

Pedir um contato: (tel.) .....visando eventual contato para nova entrevista no futuro.

**APÊNDICE II – Quadro síntese do perfil sociodemográfico dos seis casais entrevistados**

	Casal 1		Casal 2		Casal 3		Casal 4		Casal 5		Casal 6	
Características	Mulher	Homem	Mulher	Homem	Mulher	Homem	Mulher	Homem	Mulher	Homem	Mulher	Homem
<b>Nomes fictícios</b>	Alice	Artur	Beatriz	Benício	Cláudia	Carlos	Daniela	Dionísio	Elisa	Eduardo	Flávia	Fernando
<b>Idade</b>	21	18	39	29	26	37	39	48	23	30	20	19
<b>Cor autodeclarada</b>	Negra	Moreno	Negra	Moreno	Parda	Pardo	Negra	Negro	Negra	Negro	Parda	Moreno
<b>Escolaridade</b>	Ensino Fundamental Incompleto	Ensino Fundamental Incompleto	Ensino Fundamental Incompleto	Ensino Médio Incompleto	Ensino Médio Completo	Ensino Fundamental Incompleto	Ensino Superior Incompleto	Ensino Superior Completo	Ensino Médio Completo	Ensino Médio Completo	Ensino Médio Completo	Ensino Médio Incompleto
<b>Ocupação</b>	Do Lar	Carregador em transportadora (informal)	Do Lar	Ajudante de pedreiro (informal)	Do Lar	Auxiliar de Serviços Gerais (informal)	Atendente de supermercado	Professor (informal)	Operadora de caixa de supermercado	Segurança em hospital	Desempregada	Atendente de loja (informal)
<b>Renda</b>	Auxílio do padrasto e do parceiro	1 SM	Pensão alimentícia + Bolsa Família	Instável. Somada à da parceira, 2SM	Auxílio da família	Auxílio-doença INSS (suspensão havia 3 meses): 1SM	1,5 SM	Instável. 1,5 a 4,5 SM	1 SM	1 SM	Últimas parcelas do seguro desemprego (1SM), auxílio da mãe e do parceiro	1 SM
<b>Coabitação</b>	Não moram juntos		Moram juntos		Moram juntos		Moram juntos		Não moram juntos		Não moram juntos	
<b>Moradia</b>	Subúrbio carioca, com padrasto, mãe e sete irmãos, em casa própria	São João de Meriti, com irmão, em casa própria da mãe	Duque de Caxias, em casa própria, embora construída em terreno compartilhado com a família de Benício		Senador Camará, bairro da zona oeste carioca, em área de intenso movimento de tráfico de drogas, em casa própria		Nova Iguaçu, na casa da mãe de Daniela		Na cidade do Rio de Janeiro, em casa alugada, com a mãe	Padre Miguel, zona oeste carioca, em casa própria da família, com irmão, sobrinho e mãe	Nilópolis, em casa própria da avó materna, com a mãe, a avó, tias e primas	Nova Iguaçu, junto ao núcleo familiar de uma tia materna

<b>Tempo de relacionamento</b>	Namoravam há 07 meses		No mínimo 04 anos (tempo de casamento)		Juntos há 04 anos (01 ano de casamento)		Juntos há 05 anos (02 anos de coabitação)		Juntos há seis anos (estavam noivos no momento da entrevista)		Namoravam há 1 ano e meio	
<b>Sorologia</b>	Positiva	Desconhecida (aguardando o resultado teste)	Positiva	Desconhecida	Positiva	Positivo	Positiva	Negativo	Positiva	Negativo	Positiva	Negativo
<b>Tempo de diagnóstico</b>	02 meses	NA	04 meses	NA	+ de 1 ano	+ de 1 ano	12 anos	NA	Poucos meses	NA	16 anos	NA
<b>Percepção sobre forma de transmissão</b>	Via Sexual	NA	Via fômites	NA	Via Sexual	Via Sexual	Via Sexual	NA	Via Sexual	NA	Transmissão vertical	NA
<b>Filhos prévios</b>	1º filho	1º filho	Três filhos de casamento anterior	1º filho	1º filho	Vários, mas se responsabiliza apenas por duas filhas, de casamento anterior	1º filho	Dois filhos de casamento anterior	1º filho	1º filho	1º filho	1º filho
<b>Outros eventos reprodutivos</b>	2 abortos espontâneos – relacionamentos anteriores	1 aborto, conhecido após algum tempo de sua realização	Perda de filho aos 8 meses de idade; e 1 aborto espontâneo		6 perdas gestacionais, em estágios distintos	-	-	-	2 abortos espontâneos		-	-
<b>Momento do diagnóstico</b>	Neste pré-natal		Neste pré-natal		Em pré-natal de gestação anterior, já no contexto deste relacionamento		Durante doação de sangue, antes do relacionamento atual	Soube da sorologia da parceira no início do relacionamento	Neste pré-natal		Aos 4 anos de idade	Soube da sorologia da parceira no início do relacionamento

NA = Não se aplica

SM em 2013 = R\$ 678,00