



**INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

LEONARA MARIA SOUZA DA SILVA

***O HIV ÀS VEZES ME ASSOMBRA: NARRATIVAS
ONLINE DE MULHERES JOVENS VIVENDO COM
HIV/AIDS ACERCA DAS SUAS RELAÇÕES AFETIVO-
SEXUAIS.***

SALVADOR/BA

2017

LEONARA MARIA SOUZA DA SILVA

O HIV ÀS VEZES ME ASSOMBRA: NARRATIVAS ONLINE DE MULHERES JOVENS VIVENDO COM HIV/AIDS ACERCA DAS SUAS RELAÇÕES AFETIVO-SEXUAIS.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva (PPGSC-ISC), da Universidade Federal da Bahia (UFBA), como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Comunitária.

Área de Concentração: Ciências Sociais em Saúde

Orientador: Prof. Dr. Luís Augusto Vasconcelos da Silva

SALVADOR/BA

2017

Ficha Catalográfica
Elaboração Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

S586h Silva,

Leonara Maria Souza da.

O HIV às vezes me assombra: narrativas online de mulheres jovens
vivendo com HIV/aids acerca das suas relações afetivo-sexuais /
Leonara Maria Souza da Silva – Salvador: L.M.S. Silva, 2017.

124 f.

Orientador: Prof. Dr. Luís Augusto Vasconcelos da Silva.

Dissertação (mestrado) – Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal
da Bahia.

1. Mulheres Jovens Vivendo com HIV/Aids. 2. HIV/Aids. 3.
Relações Afetivo-Sexuais. 4. Biossociabilidades. 5. Internet.
I. Título.

CDU 616.9



**Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva**

LEONARA MARIA SOUZA DA SILVA

“O HIV às vezes me assombra”: narrativas online de mulheres jovens vivendo com HIV/aids acerca das suas relações afetivo-sexuais.

A Comissão Examinadora abaixo assinada aprova a Dissertação, apresentada em sessão pública ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Data de defesa: 04 de maio de 2017

Banca Examinadora:

Prof. Luís Augusto Vasconcelos da Silva – IHAC/UFBA

Prof. Jorge Alberto Bernstein Iriart – ISC/UFBA

Profa. Ivira Maria Jardim Maksud – FIOCRUZ-RJ

**Salvador
2017**

AGRADECIMENTOS

Neste momento final é hora de externar minha gratidão às pessoas que estavam presentes em minha vida ao longo dessa jornada.

Agradeço à minha família: pai, primos, primas, tios e tias, que me incentivaram e entenderam todos os meus momentos de ausência. Um agradecimento especial a minha mãe, Celenice, que com toda dedicação e amor me apoia na busca dos meus sonhos, e não foi diferente com o Mestrado, e à minha irmã, Leonice, por sempre estar ao meu lado.

Agradeço ao meu orientador, Luís Augusto (Guga), que, com cumplicidade, inteligência, apoio, respeito, dedicação e carinho, me auxiliou na construção deste trabalho e me acolheu nos momentos difíceis. Certamente, com ele, este trajeto se tornou mais fácil de ser percorrido. Obrigada, Guga!

Gratidão às/aos colegas do grupo de pesquisa, pelas ricas discussões nas reuniões e que influenciaram a escrita deste trabalho. Aos queridos Lipe e Gilberto, agradeço muito por me “abraçarem” no início desta jornada, da minha inserção no grupo e, também, pela ajuda para “acessar o campo” e desenvolver esta pesquisa.

Agradeço às jovens pela confiança depositada em mim. Sem elas este trabalho não teria existido. Minha eterna gratidão por terem compartilhado comigo suas histórias, me deixando conhecer e saber sobre suas vidas.

Meus agradecimentos também a Inayara Santana, minha primeira orientadora de pesquisa, com quem comecei a descobrir a vida acadêmica. Gratidão à Rita Leite, que me indicou diversos textos para leitura, importantes na escrita desta dissertação, além disso, pela força que me dá em minha vida profissional, quando compartilho tantas preocupações sobre ser Psicóloga. Agradeço, também, a Jeane Tavares, por quem tenho maior carinho, admiração e respeito, pela participação em minha banca de qualificação e por estar presente em minha vida, me apoiando e incentivando.

Agradeço também às professoras Inês Dourado e Cecilia McCallum, as quais participaram da banca de qualificação e que contribuíram, grandiosamente, para esta

dissertação e a professora Ivna Maksud e o professor Jorge Iriart pela participação e sugestões durante a defesa.

Gratidão ao Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, onde tive a oportunidade de ter contato com mestres, que me ensinaram muito, e conhecer colegas, com os/as quais, no dia a dia, pude aprender e compartilhar as angústias presentes neste processo. Agradeço à Secretária de Pós-graduação, que com toda disponibilidade e respeito me ajudou ao longo deste Mestrado, especialmente à Anúnciação e Bia, com as quais tive mais contato e que sempre foram atenciosas comigo, e à Comissão de Aperfeiçoamento de Pessoal do Nível Superior (CAPES), pelo apoio financeiro para realização da pesquisa.

Agradeço aos meus amigos e as minhas amigas, que ao longo da minha vida, tem me enchido de amor e suporte. Nesta jornada tão difícil do Mestrado estavam ao meu lado, torcendo, comemorando, mas também me “levantando” quando a tristeza e o desânimo tomaram conta de mim! Meus agradecimentos especiais a Mario Victor, Nelson, Rodrigo, Mile, Anderson, Mary, Tai, Mari, Nema, Dan, Cari, Lore e Kamila, que diante da corrida rotina e até mesmo da distância geográfica, não se afastaram e estavam comigo, quando mais precisei e que, principalmente, foram compreensivos às minhas recusas e isolamentos necessários para desenvolver esta dissertação. Amo vocês!

Minhas desculpas às pessoas que não citei, mas agradeço as que de alguma forma fizeram parte desta dissertação.

Com carinho,

Leonara Silva

SILVA, Leonara Maria Souza da. *O HIV às vezes me assombra: Narrativas online de mulheres jovens vivendo com HIV/aids acerca das suas relações afetivo-sexuais* 124f. Dissertação de Mestrado – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2017.

RESUMO

Mulheres jovens, de modo geral, vivenciam situações de vulnerabilidade influenciadas, entre outros aspectos, pelo gênero, que produz e estabelece o sexo e as diferenças entre feminilidade e masculinidade. A soropositividade para o HIV tem implicações na vida de mulheres, repercutindo em seus relacionamentos. Com a longevidade alcançada devido aos avanços no tratamento, e, também, pelo surgimento das tecnologias digitais, a internet tem sido um importante espaço de biossociabilidade para elas. Assim, este trabalho tem o objetivo de descrever como as mulheres jovens vivendo com HIV/aids, que fazem uso de redes sociais online, vivem suas relações afetivo-sexuais (soroconcordantes e/ou sorodiscordantes). Trata-se de um estudo qualitativo, exploratório, realizado através de uma etnografia online. A dissertação teve participação de 08 mulheres jovens vivendo com HIV/aids, com diferentes orientações sexuais e idade entre 18 e 30 anos. A análise das narrativas foi pautada pela perspectiva construcionista, com foco nas práticas discursivas e produção de sentidos em torno do HIV/aids, dando destaque aos aspectos das relações afetivo-sexuais e repercussões dos novos discursos biomédicos para esses relacionamentos. Após a infecção, a vida da maioria das jovens soropositivas muda radicalmente. Ao descobrirem o diagnóstico, vivenciam diversos medos. Em seu dia a dia, lidam com a rejeição dos parceiros e algumas enfrentam o dilema para contar ou não sobre sua sorologia. Após a infecção, há mudanças nas práticas sexuais, o que requer, por diversos momentos, negociação entre o prazer e a prevenção. Passam a viver com grande responsabilidade em se cuidar, pois atribuem a si mesmas o sentido de “*risco*” para o parceiro. Além disso, sentem medo de transmitir o vírus e adotam o discurso da carga viral indetectável como forma de prevenção. Jovens soropositivas heterossexuais vivenciam o desejo de envolvimento com homens heterossexuais soropositivos, na tentativa de evitar dilemas, medos e aflições presentes nos envolvimento sorodiscordantes/sorodiferentes. Para as interlocutoras, os espaços *online* que frequentam as ajudam na obtenção de informações sobre o tratamento, no acolhimento e, em menor grau, para o engajamento em relações afetivo-sexuais. Portanto, é necessário que esferas governamentais compreendam as especificidades do “ser mulher” nas campanhas para a prevenção e tratamento em HIV/aids. Além disso, é importante atentarem para a influência das relações de gênero na epidemia, que, mesmo marcada por avanços da terapia e novas tecnologias de prevenção, persistem ainda o preconceito e a discriminação.

Palavras-chave: Mulheres jovens vivendo com HIV/Aids. HIV/Aids. Relações afetivo-sexuais. Biossociabilidades. Internet.

SILVA, Leonara Maria Souza da. *HIV sometimes haunts me: Online narratives of young women living with HIV / AIDS about their affective-sexual relationships* 124f. Master's Thesis – Institute of Collective Health, Federal University of Bahia, Salvador, 2017.

ABSTRACT

Young women, in general, experience situations of vulnerability influenced, among other aspects, by gender, that produces and establishes sex and the differences between femininity and masculinity. HIV seropositivity has implications on the lives of women, impacting on their relationships. With the longevity of life achieved due to advances in treatment, as well as the emergence of digital technologies, the internet has been an important space for biosociability for them. This study aims to describe how young women living with HIV/aids, who make use of online social networks, live their affective-sexual relationships (seroconcordant and / or serodiscordant). This is a qualitative, exploratory study carried out through online ethnography. The dissertation was attended by 08 young women living with HIV /aids, with different sexual orientations and age between 18 and 30 years. The analysis of the narratives was based on the constructionist perspective focusing discursive practices and the production of meanings around HIV/aids. It highlighting aspects of the affective-sexual relations and repercussions of the new biomedical discourses for these relations. After infection, the lives of most young people living with HIV change radically. When they discover the diagnosis, they experience various fears. In their day to day, they deal with the rejection of the partners and some face the dilemma disclose their status. After infection, there are changes in sexual practices which requires, at various times, negotiation between pleasure and prevention. They live with great responsibility in taking care of themselves, because they attribute to themselves the sense of "risk" for the partner. In addition, they are afraid to transmit the virus and adopt an undetectable viral load discourse as a form of prevention. Young heteropositive heterosexuals experience the desire for involvement with HIV-positive heterosexual men in an attempt to avoid dilemmas, fears and afflictions present in serodiscordant / serodiform envelopes. For the interlocutors, the online spaces help them obtain information about treatment in user embracement and to a lesser degree for the engagement in affective-sexual relations. It is therefore necessary for government spheres to understand the specificities of "being a woman" in campaigns for HIV aids prevention and treatment. In addition, it is important to consider the influence of gender relations in the epidemic, which, even marked by advances in therapy and new technologies of prevention, still prevails prejudice and discrimination.

Key-words: Young women living with HIV/aids. HIV/aids. Affective-sexual relationships. Biosociabilities. Internet

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	10
1. INTRODUÇÃO	12
1.1 OBJETIVO GERAL	21
1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	21
2. PERSPECTIVA TEÓRICO-CONCEITUAL	22
2.1. MULHERES JOVENS: GÊNERO E JUVENTUDE.....	22
2.2. MULHERES JOVENS VIVENDO COM HIV/AIDS E SUAS RELAÇÕES AFETIVO-SEXUAIS	26
2.3. BIOSOCIABILIDADES: HIV/AIDS E INTERNET	32
3. PERCURSO METODOLÓGICO	39
3.1. CAMPO DE INVESTIGAÇÃO.....	40
3.2. O TRABALHO DE CAMPO.....	43
3.3. MINHAS INTERLOCUTORAS.....	45
3.3.1. Síntese Biográfica.....	47
3.4 ANÁLISES DAS NARRATIVAS	55
3.5. ASPECTOS ÉTICOS	56
4. SABENDO SOBRE O HIV/AIDS	57
5. DILEMAS E CONSEQUÊNCIAS DO SIGILO E/OU REVELAÇÃO DO DIAGNÓSTICO NAS RELAÇÕES AFETIVO-SEXUAIS	67
5.1. REAÇÕES DOS PARCEIROS E PARCEIRAS APÓS A REVELAÇÃO DA SOROLOGIA POSITIVA PARA HIV	67
5.2. DILEMA ENTRE REVELAR SOBRE O HIV E MANTER O SIGILO.....	71
6. MODOS COMO O HIV/AIDS (RE) ORGANIZAM AS TRAJETÓRIAS AFETIVA E SEXUAL	75
6.1. AS REPERCUSSÕES DO HIV/AIDS NAS RELAÇÕES AMOROSAS DAS JOVENS.....	75
6.2. O HIV/AIDS E AS PRÁTICAS SEXUAIS	94
6.2.1. Virgindade, Afeto e Sexo	95
6.2.2. Implicações do HIV/aids nas práticas sexuais.....	97

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	103
REFERÊNCIAS	106
ANEXO I.....	121
ANEXO II	123

APRESENTAÇÃO

Meu interesse e minha aproximação com a temática do HIV/aids aconteceu ainda durante a graduação em Psicologia na Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB) através de um estágio curricular realizado, na época, em um Centro de testagem e aconselhamento (CTA)/Serviço de Atendimento Especializado em uma cidade do interior da Bahia. Lá, realizei diversas atividades, como: sala de espera, reuniões de equipe, aconselhamentos pré-teste e pós-teste (negativo), CTA itinerante, entre outras. Este momento da formação se constituiu como uma grande oportunidade de aprendizado a partir da vivência de trabalho em serviço público de saúde, me possibilitando aproximação com os pressupostos da Saúde Coletiva.

Ao finalizar este período, comecei a participar do Grupo interdisciplinar de pesquisa e extensão em Saúde Coletiva da UFRB como bolsista do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), durante um ano (2012-2013), no projeto “Redes sociais no campo da saúde: análise da produção de conhecimento sobre redes de apoio às pessoas vivendo com HIV/AIDS”, sob a coordenação da Prof. Dr^a Jeane Saskya Campos Tavares, no qual realizei uma revisão sistemática de artigos sobre redes sociais de apoio às pessoas vivendo com HIV/AIDS, disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e publicados no Brasil no período de 2002 a 2012, que teve como produto final o artigo “A família como rede de apoio às pessoas que vivem com HIV/AIDS: uma revisão na literatura brasileira”, publicado em 2015 na revista *Ciência & Saúde Coletiva*.

Após a conclusão da graduação, continuei a participar do grupo, já em um projeto intitulado “O discurso sobre prevenção do HIV/Aids na contemporaneidade: uma análise de publicações do Ministério da Saúde (2008 a 2012)”, também sob coordenação da Prof. Dr^a Jeane Saskya Campos Tavares, e que caracterizou publicações produzidas e veiculadas pelo Ministério da Saúde, que enfocam a prevenção (primária e secundária) no período de 2008 a 2012.

Em seguida, ingressei, em 2015, no Mestrado em Saúde Comunitária do Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA), na área de concentração Ciências Sociais em Saúde. Minha inserção no projeto “sociabilidades de jovens vivendo com HIV/Aids”, coordenado pelo Prof. Dr^o Luis Augusto Vasconcelos da Silva (IHAC/ISC/UFBA), se deu, quando, em contato com ele, conversamos sobre a possibilidade de me vincular a este projeto, uma vez que havia diversas dificuldades em

realizar um trabalho a partir do objeto de investigação (mesmo na temática do HIV/aids) o qual eu havia pensado anteriormente.

Desta forma, me inseri no grupo, que já estava desenvolvendo pesquisas com jovens vivendo com HIV/aids no contexto de interação online. Então, comecei a acompanhar esse universo e ter contato com alguns dados que já haviam sido produzidos pelo grupo de pesquisa. Ao observar a dificuldade de interação com mulheres jovens nesse espaço, junto com meu orientador fomos desenhando o tema e os objetivos desta dissertação, e definindo o interesse na trajetória afetiva e sexual de mulheres jovens vivendo com HIV/aids, a partir da reconstrução das suas narrativas produzidas através da internet.

1. INTRODUÇÃO

Esta dissertação tem como objeto as relações afetivo-sexuais de mulheres jovens, com idade entre 18 e 30 anos, vivendo com HIV/aids, que fazem uso de redes sociais online. A síndrome da imunodeficiência adquirida (aids), que tem como etiologia o vírus da imunodeficiência humana (HIV), foi identificada, pela primeira vez no Brasil, na década de 1980. Algumas pessoas têm o vírus, mas não desenvolvem os sintomas da aids, entretanto, em outras ocorrem febre, diarreia, emagrecimento, por exemplo, e doenças oportunistas. No cotidiano, parece que mesmo sendo diferentes, a infecção e doença se misturam nos discursos das pessoas.

No que concerne aos dados epidemiológicos, nota-se que, inicialmente, havia predominância de casos de aids entre homossexuais, usuários de drogas injetáveis e por transfusão sanguínea e hemoderivados. Naquele momento, falava-se em “grupos de riscos” e, posteriormente, em “comportamento de risco” (AYRES et al., 2003), que demarcaram a construção social e histórica da aids e que suscitaram uma forte marca de discriminação, preconceito e estigma (BASTOS et al. 2013), entendido como processo construído socialmente, onde há desvalorização de uma pessoa, que passa a ter uma identidade deteriorada, dificultando sua convivência em sociedade (GOFFMAN, 1988).

Do início da epidemia até junho de 2016, registraram-se 842.710 casos de aids no Brasil. Entre 2007 e junho do ano passado, foram contabilizados 136.945 casos de infecção de HIV no país, e neste período a maioria da infecção se deu na faixa etária de 20 a 34 anos (BRASIL, 2016). Ainda de acordo com o Boletim Epidemiológico (BRASIL, 2016), nos últimos cinco anos, o país tem registrado, anualmente, média de 41,1 mil casos de aids, sendo o Sudeste (16,8 mil), o Sul (8,7 mil) e o Nordeste (8,6 mil) as regiões com maior número de casos.

Quanto à faixa etária, até o mês de junho de 2016, observou-se que há uma concentração maior de casos entre pessoas com idade entre 25 a 39 anos, sendo 53,0% entre homens e 49,4% entre mulheres (BRASIL, 2016). No período de 2007 a 2015, 39,2% dos casos de HIV foram entre mulheres brancas e 59,6% em pretas e pardas. De modo geral, a taxa de detecção de aids em mulheres vem caindo nos últimos anos, principalmente entre 35 a 39 anos de idade, todavia há aumento entre as faixas etárias de 15 a 19, 55 a 59 e mais de 60 anos. Além disso, para a população feminina com mais de 13 anos de idade, a categoria de maior exposição é heterossexual (BRASIL, 2016).

Acerca da mortalidade por aids na população em geral, observa-se redução apenas nas regiões Sudeste e Sul, enquanto no Norte, Nordeste e Centro-Oeste, nos últimos dez anos, a tendência foi de crescimento (BRASIL, 2016). No quadro atual, destaca-se o crescimento de casos entre jovens (15 a 24 anos) e concentração de casos novos entre gays e homens que fazem sexo com homens (HSH), travestis e transexuais, pessoas que usam drogas e profissionais do sexo (BRASIL, 2015).

Ademais aos dados epidemiológicos, é importante considerar, para melhor entender a epidemia, o conceito de “vulnerabilidade”, definido por Ayres et al. (2003) como a possibilidade de uma pessoa estar exposta a um adoecimento devido a fatores individuais, coletivos e contextuais, os quais ocasionam mais suscetibilidade tanto à infecção quanto ao adoecimento, do mesmo modo à disponibilidade de recursos para a proteção de ambos. Ele é empregado em contraposição ao de “risco” e indispensável para compreendermos a infecção entre mulheres.

A partir de 1992, observam-se mudanças no perfil epidemiológico da aids: alta incidência em mulheres heterossexuais com o HIV (feminização) e indivíduos jovens (juvenização). No que se refere à feminização da epidemia, nota-se que um grande número de mulheres casadas e que relatavam apenas práticas sexuais com um parceiro se infectaram, e assim, percebeu-se que as relações de gênero eram fortes fatores para a infecção por via sexual (PARKER e CAMARGO JR, 2000). Historicamente, pela construção da mulher como alguém com pouca independência sexual e afetiva e poder de negociação nos envolvimento heteroafetivos, elas podem estar situadas em contextos de vulnerabilidade para a infecção.

Sobre isso, Taquette (2009) indica que o risco associado à atividade sexual feminina está ligado a uma construção de gênero que remete ao homem um poder maior e, por outro lado, dificulta que as mulheres tomem iniciativas, como adquirir o preservativo e portá-lo, tendo isso impacto no cuidado com a sua saúde, já que estão em situação de vulnerabilidade. Para Rocha, Vieira e Lyra (2013), ainda há uma centralidade da prevenção no corpo dos homens. Dessa maneira, mulheres ficam em desvantagem no uso de preservativo e há dificuldade na negociação para prevenção em contextos de desigualdades, que são expressas através do sexismo, racismo, diferenças geracionais e de classes sociais (ROCHA, VIEIRA e LYRA, 2013).

No que diz respeito à juventude, na última década, destaca-se um contexto em que o risco de morte por aids tem diminuído, por conta, principalmente, dos avanços do

tratamento. De acordo com Knauth e Gonçalves (2006), para a maioria dos jovens de diferentes segmentos sociais, a aids é uma doença da qual eles já ouviram falar desde os primórdios dos seus envolvimento afetivos e sexuais, o que difere da geração que hoje está com 30/40 anos, à qual ela se impôs de modo repentino.

Com isso, um ponto a se discutir é a alta incidência do HIV entre jovens nascidos pós-advento da epidemia, uma vez que, supostamente, estes já teriam conhecimentos sobre a doença e, além disso, iniciado a vida sexual após o surgimento da aids, sendo expostos às informações sobre prevenção bem cedo. Todavia, entende-se, assim, que não somente o conhecimento é responsável pela prevenção, há outros fatores de vulnerabilidade ao HIV/aids entre jovens/adolescente: ausência de uso constante do preservativo (ANJOS et al. 2012), qualidade do conhecimento sobre o vírus (TOLEDO, TAKASHI e GUANILO, 2011), consumo de drogas, orientação sexual (PEREIRA et al 2014), bem como a masculinidade hegemônica, preconceitos e mitos (MARQUES JUNIOR, GOMES e NASCIMENTO, 2012).

Nessa direção, um elemento importante é o emprego, nas políticas públicas, do termo “jovens vivendo com HIV/aids”, o qual tem um sentido epidemiológico, político, e também moral, em que o primeiro está vinculado aos novos casos de HIV e a “grupos específicos”, a partir de critérios etários, de gênero e orientação sexual. Em termos políticos, há uma produção de sujeitos para o ativismo na luta contra a aids, com ênfase na importância da sua participação; e moral, na medida em que sua participação tem um intuito de modelar o exercício da sexualidade (CUNHA, 2014).

Destaca-se que a terapêutica para pessoas que vivem com HIV/aids (PVHA) se dá por meio de acompanhamento de diferentes profissionais e da terapia antirretroviral (TARV), que objetiva reduzir significativamente a carga viral do HIV, chegando a níveis indetectáveis. No Brasil, houve recentemente modificações no tratamento, e uma delas é a redução de três para um único comprimido (BRASIL, 2013); e desse modo, as pessoas passam a ter uma nova rotina de condução dos medicamentos. Espera-se que essa mudança influencie, positivamente, na organização do cotidiano delas com menos barreiras para uso dos remédios (já que a quantidade e forma de conservação exigiam delas ações diversas para escondê-los, por conta do sigilo do diagnóstico), bem como no aumento da adesão, já que a grande quantidade de medicamentos, com efeitos colaterais desagradáveis, torna-se um dos principais motivos para que PVHA tenham baixa adesão ao tratamento (PADOIN et al. 2010; SANTOS et.al, 2011; MORAES, 2014).

Além disso, novas recomendações para o tratamento do HIV/aids foram indicadas, como o início da utilização do medicamento, que pode acontecer independentemente da contagem das células de CD4¹, com o objetivo de reduzir a morbimortalidade, a transmissão do vírus, assim como o impacto na tuberculose, principal causa de óbitos entre PVHA (BRASIL, 2013). Esta é uma estratégia que está alinhada à meta “90-90-90” da *Joint United Nations Programme On HIV/aids* (UNAIDS) para o fim da aids no mundo até 2030. A partir de modelagem matemática, espera-se que até 2020 90% de todas as pessoas vivendo com HIV saberão que têm o vírus; 90% de todas as pessoas com infecção pelo HIV diagnosticadas receberão terapia antirretroviral ininterruptamente; e 90% de todas as pessoas recebendo terapia antirretroviral terão supressão viral (UNAIDS, 2014).

Seu alcance se dá a partir da cascata do cuidado contínuo, onde há sucessão de degraus que PVHA necessitam percorrer desde o momento da infecção até a supressão viral (BRASIL, 2017). Neste caminho até o objetivo final, há seis passos: o primeiro é “Infectados pelo HIV”, no qual estão situadas as pessoas vivendo com o vírus; em seguida “Diagnosticados”, as que sabem do diagnóstico e estão vivas; terceiro passo “Vinculados”, pessoas com diagnósticos e que foram vinculadas a serviço de cuidado; posteriormente há “Retidos”, as que continuamente recebem cuidado dos tais serviços; logo após há o quinto passo “TARV”, em que as PVHA retidas recebem a terapêutica; e o último, “carga viral suprimida”, onde estão as pessoas em tratamento há pelo menos seis meses com carga viral abaixo de 1000 cópias por mm³ (supressão viral) (BRASIL, 2017).

Atualmente, existe um esforço no sentido de inserção das consideradas “novas tecnologias de prevenção” no cotidiano das pessoas. Dentre estas, há a Profilaxia pós-exposição sexual (PEP), na qual utiliza-se antirretrovirais (ARV) por 28 dias, que se inicia em até 72 horas após a exposição do vírus. Já empregada em casos de acidentes de trabalho, abusos sexuais, ela começou a ser usada em situações de relações sexuais sem uso de preservativos (MAKSUD, FERNANDES e FILGUEIRAS, 2015), e não é indicada na situação em que a pessoa exposta já é soropositiva, ou quando se descarta a infecção pelo HIV na pessoa fonte (BRASIL, 2015).

¹ Os linfócitos T-CD4 são células responsáveis pela defesa do organismo contra a aids.

Há, também, a Profilaxia pré-exposição (PrEP), onde administra-se comprimidos antirretrovirais para prevenir transmissão sexual do HIV (MAKSUD, FERNANDES e FILGUEIRAS, 2015). É indicada para casais sorodiscordantes (apenas um parceiro ou parceira é soropositivo) e grupos sociais mais expostos ao HIV (GRANGEIRO et al., 2015), mas ainda não está vigente no país. Outra estratégia é a do tratamento como prevenção (TCP), que incentiva o uso da TARV para redução da carga viral, o que limita a transmissão do vírus. Todas elas se inserem, juntamente com uso de preservativos masculino e feminino, no conjunto de estratégias para a prevenção combinada.

Squire (2010) compreende que, nesta nova “era” de possibilidades de tratamento, ocorre a naturalização do HIV, que passa a ser construído como natural, geral e compreensível, embora ainda complexo de lidar, sendo interligado por outros processos: medicalização, normalização e mercantilização (SQUIRE, 2010). De modo geral, a medicalização diz respeito ao gerenciamento médico, assistência e autocuidado, em que a possibilidade de tratamento, acesso à TARV, por exemplo, faz com que se viva mais tempo, com melhor qualidade de vida. Entretanto, isto pode distanciar fatores não médicos da pandemia e, com isso, menosprezar as limitações da Medicina (SQUIRE, 2010).

Já a normalização é o estabelecimento do HIV como parte habitual da saúde e dos vínculos sociais, permite que as/os cidadãs/cidadãos soropositivas/soropositivos aceitem sua condição, tomem os medicamentos, estando, assim, afiliados à biomedicina em um empreendimento normalizador da sobrevivência e, possivelmente, da vida saudável. Desse modo, são incentivados a ter uma boa nutrição, se exercitar e manejar o estresse, caminho que conduz a uma mercantilização, que opera através das relações de consumo em torno do HIV. No discurso da “Prevenção Positiva”, que visa evitar a transmissão do vírus, reinfecção e aquisição de outros agravos, estes elementos aparecem quando se estimula a escolha por um estilo de vida considerado mais “saudável”, o qual inclui atividade física e alimentação “equilibrada” (BRASIL, 2007). Dessa forma, as PVHA são levadas a consumir e utilizar tudo que pode melhorar a sua própria saúde (SQUIRE, 2010). Há, ainda, a necessidade de aceitação da sua condição como algo “comum”. Entretanto, de acordo com Squire (2010), esse processo de naturalização é obstruído quando há situações que estão fora das narrativas hegemônicas em torno do HIV, e que ocorrem por diversos fatores: mutabilidade

biológica, dificuldade de acesso a recursos para tratamento e até mesmo por questões emocionais.

Diferentes repercussões psicossociais do HIV/aids ainda persistem, como medo, vergonha, discriminação, continuando, portanto, como uma enfermidade estigmatizada socialmente. Isso acontece, principalmente, por ela ser associada às práticas condenadas socialmente e, ainda, pela associação com a morte, fortemente presente no momento em que a aids era considerada uma doença aguda. Aqui, a perda de peso era um grande problema, o que difere da fase atual (crônica), na qual as lipodistrofias estão presentes (ALENCAR et al.,2008).

A passagem de uma doença aguda para crônica proporcionou às PVHA e sua rede social de apoio, como seus familiares, que passassem a conviver mais com as consequências da infecção. Acerca disso, Squire (2010) afirma que o HIV não é igual a outras doenças crônicas devido às associações com *status* socialmente patologizados, como uso de drogas, trabalho sexual, sexualidade femininas, promiscuidade e homossexualidade, e, além disso, sua dificuldade de tratamento e potência fatal. Por conta disso e dos processos sociais que envolvem a enfermidade (BOTTI et al, 2009; FREITAS et al 2010) é que o diagnóstico permanece, geralmente, em sigilo, o que influencia a reorganização da vida e do cotidiano das pessoas (RECORDER, 2006; OUEDRAOGO et al 2013).

Diante disso, para as mulheres jovens, a infecção pelo vírus reorganiza suas vidas, especificamente, seus relacionamentos afetivos e sexuais, uma vez que é uma condição de saúde impacta diretamente sua sexualidade e o modo como constroem e vivem seus envolvimento amorosos. Assim, é necessário destacar aspectos importantes que persistem no seu cotidiano para além da normalização do HIV.

Sobre namoro e envolvimento sexuais de mulheres jovens vivendo com HIV/aids, há uma preocupação delas com a possibilidade de transmissão do vírus ao parceiro, de acordo com o estudo de Oliveira, Negra e Nogueira-Martins (2012). Por conta disso, as jovens se esforçam para protegê-los, como aponta diferentes trabalhos com jovens vivendo com HIV, tanto no âmbito nacional (SILVA, 2014), como da Uganda (BAKEERA-KITAKA et al.,2008) e dos Estados Unidos da América (FAIR E ALBRIGHT, 2012). Assim, para a proteção, fazem uso de preservativo, a fim de evitar a gravidez (BAKEERA-KITAKA et al.,2008) e outras doenças (FAIR e ALBRIGHT, 2012).

Especificamente no que tange a portarem o preservativo no momento das práticas sexuais, isso não foi comum entre as jovens (SILVA, 2014). Fato que pode ser compreendido a partir de como as relações de gêneros se estabelecem e suas consequências nas práticas sexuais. Entre as mulheres jovens vivendo com HIV, a literatura nacional (SILVA, 2014) e internacional (FAIR e ALBRIGHT, 2012; OUEDRAOGO, 2013) destacam também a dificuldade de negociação do uso de preservativos. Assim, as jovens soropositivas apresentam baixo poder de negociação no que concerne ao uso do preservativo, segundo Ouedraogo (2013), no país africano, Burquina. Isto acontece, inclusive, em situações nas quais os parceiros estão cientes do diagnóstico e eram HIV negativo (FAIR e ALBRIGHT, 2012). Nota-se, também, a interferência no uso do preservativo, associada ao baixo status social das mulheres, à pobreza, bem como à prática do sexo transacional² e/ou integeracional³, por exemplo, na África do Sul (MUULA, 2009).

Sobre métodos de prevenção para demais doenças e de reinfecção para o HIV, Silva (2014) aponta que há desconhecimento de outras formas de prevenção, como a profilaxia pós-exposição, e vale considerar também, a ausência de uso do preservativo feminino, bem como falta de conhecimento sobre este. Além disso, orientações acerca de práticas sexuais, como sexo oral, anal, uso de lubrificantes, masturbação, entre outros, são fornecidas no sentido de proibição (SILVA, 2014).

Há, entre jovens, um desejo de construção de família (BAKEERA-KITAKA et. al., 2008; OLIVEIRA, NEGRA e NOGUEIRA-MARTINS, 2012; PAIVA et. al., 2011) de modo a realizar o sonho da maternidade (BAKEERA-KITAKA et. al., 2008; SILVA, 2014). Aqui, a condição sorológica não é uma barreira. Entretanto, há quem não têm intenção de ter filhos, devido à vivência de sofrimento por conta do HIV (OLIVEIRA, NEGRA e NOGUEIRA-MARTINS, 2012). Além disso, o estudo de Paiva et al.(2011), que documentou como jovens soropositivos e seus cuidadores descrevem suas experiências sexuais e projetos de namoro e a vontade de constituição de família e ter filhos, aponta que uma barreira para isso é o medo que sentem de não conseguirem

² Ainda que não haja concordância quanto à definição, Pinho (2012) indica que sexo transacional é o envolvimento de mulheres jovens em relacionamentos com múltiplos parceiros com a finalidade de obter vantagens materiais e/ou financeiras.

³ Envolver sexual entre mulheres jovens e homens mais velhos (mais de 5 anos de diferença (MULLA, 2009). Não há consenso sobre a diferença de idade.

cuidar dos filhos (PAIVA et al., 2011), ou ter uma criança com HIV, mesmo com o protocolo de prevenção da transmissão de mãe-filho (OUEDRAOGO, 2013).

Na vivência com HIV/aids, um obstáculo identificado para a construção de envolvimento afetivo-sexuais das jovens é que o diagnóstico produz uma auto-imagem negativa (OUEDRAOGO, 2013). Além disso, o preconceito também marca a experiência de revelação da condição sorológica, que é percebida como uma questão difícil (BAKEERA-KITAKA et al., 2008). Desta forma, há preocupação com quem e como revelar, por medo da rejeição ou exclusão social (SILVA, 2014) e/ou rejeição por parte do parceiro, o que motiva adiar a revelação (OLIVEIRA, NEGRA e NOGUEIRA-MARTINS, 2012). Ademais, falar da condição sorológica é também precedida ao estabelecimento de vínculo de confiança (SILVA 2014). A maioria das jovens opta pelo sigilo, na medida em que falar sobre o uso do preservativo com seus parceiros cria uma desconfiança entre o casal; por isso escondem seu diagnóstico (OUEDRAOGO, 2013). Mesmo assim, para outras, ele é um segredo a ser partilhado, pois há aumento na possibilidade de prevenção do parceiro (FAIR e ALBRIGHT, 2012; SILVA, 2014), bem como obtenção de suporte social por antigos e atuais parceiros (FAIR e ALBRIGHT, 2012).

De modo geral, as parcerias afetivo-sexuais das mulheres jovens que vivem com HIV/aids estão permeadas por estigma e por experiências negativas. A soropositividade, sua revelação e o uso de preservativos são pontos centrais, influenciando a vivência afetiva e sexual das jovens. Há o convívio com o dilema entre sigilo/revelação quanto ao diagnóstico e ao sentimento de medo. A função materna e gestacional ainda perpassa a vida dessas mulheres, assim a sexualidade aparece mais vinculada a escolhas reprodutivas e à conjugalidade. Nota-se, também, que a rede de apoio aos jovens, família, cuidadores e profissionais de saúde, aponta a necessidade de intervenções de “controle” à sua sexualidade (PAIVA et. al., 2011; BAKEERA-KITAKA et al., 2008). Além disso, há dificuldade em relação ao acesso à assistência (PAIVA et. al., 2011).

Em diversos trabalhos, foi possível observar, o uso corrente do termo “comportamento de risco”, uma perspectiva ainda marcada na noção de risco, bastante presente no início da epidemia. Observou-se, também, quando informado o tipo de transmissão do vírus, uma concentração maior de estudos com jovens que têm o HIV/aids por transmissão vertical (BAKEERA-KITAKA et. al., 2008; OLIVEIRA, NEGRA e NOGUEIRA-MARTINS, 2012; PAIVA et. al., 2011; SILVA, 2014). Nessa

direção, considera-se a necessidade de produzir conhecimentos acerca das jovens mulheres que foram infectadas por via sexual, buscando compreender suas experiências, peculiaridade e como essas experiências são (res) significadas. Há nos trabalhos um emprego usual dos termos “adolescentes” e “jovens” como sinônimos e além disso, outra dificuldade foi encontrar estudos realizados apenas com mulheres jovens vivendo com HIV/aids.

É importante lembrar que, com a longevidade alcançada devido aos avanços no tratamento da aids, as PVHA têm a possibilidade de continuar sua vida e, com isso, estabelecer novos vínculos sociais, bem como compartilhar informações sobre seu diagnóstico, favorecido pelo surgimento das diferentes tecnologias digitais.

Dentro das novas possibilidades de interações para mulheres jovens que vivem com HIV/aids, a internet pode ser um importante espaço para socialização, que vai desde as trocas de informações sobre diversos assuntos até a possibilidade de construção de relações afetivo-sexuais, assim como encontros eróticos e trocas de experiências (SILVA, 2010), diante dos estigmas e preconceitos que rodeiam esse diagnóstico. Assim, saúde e doença passam a serem aspectos que agrupam pessoas, o que podemos chamar de biossociabilidades (RABINOW, 1999). Isso pode ocorrer através de comunidades e sites online, onde há circulação de conteúdo sobre HIV/aids, bem como realização de encontros entre PVHA (BUSSE e CURIOSO, 2009; GROV et al., 2013). A internet, portanto, tem sido útil para a procura de informações, serviços e instrumento de comunicação (FONTES, 2014) e também para realização de pesquisas científicas.

Deste modo, a partir da ausência de estudos nos quais a internet se configurou como espaço de sociabilidade para mulheres jovens vivendo com HIV/aids, e entendendo a situação de vulnerabilidade relacionada a gênero, assim como as importantes e diferentes implicações do diagnóstico na vida dessas mulheres, gerando sofrimento e afetando todo o seu cotidiano, principalmente seus envolvimentos, é que esta dissertação foi produzida. Apreende-se, assim, a necessidade em compreender como elas vivenciam suas relações afetivo-sexuais. Dessa maneira, tendo como ponto de partida algumas questões de pesquisa, ou seja, como essas mulheres vivem seus relacionamentos afetivos-sexuais e como utilizam as redes sociais online, foram delimitados os seguintes objetivos:

1.1.OBJETIVO GERAL

- Descrever como as mulheres jovens vivendo com HIV/aids, que fazem uso de redes sociais online, vivem suas relações afetivo-sexuais (soroconcordantes e/ou sorodiscordantes).

1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conhecer as implicações envolvidas na revelação e/ou sigilo do diagnóstico e sua interferência no cotidiano dos relacionamentos das jovens soropositivas;
- Descrever como as redes sociais online se constituem como espaço de biossociabilidade para mulheres jovens que vivem com HIV/aids;
- Compreender os sentidos que concernem aos discursos de “prevenção” e “transmissão” do HIV na vivência das relações afetivo-sexuais.

2. PERSPECTIVA TEÓRICO-CONCEITUAL

2.1. MULHERES JOVENS: GÊNERO E JUVENTUDE

Ao descrever os relacionamentos de mulheres jovens vivendo com HIV/aids é imprescindível considerar *gênero* como um dos importantes elementos que mediam suas vivências. Partindo do entendimento da necessidade de romper com a dicotomia entre sexo (como algo natural) e gênero (cultural), Butler (2003) entende que esta categoria não pode ser admitida como “inscrição cultural de significado num sexo previamente dado (uma concepção jurídica); tem de designar também o aparato mesmo de produção mediante o qual os próprios sexos são estabelecidos” (p. 25). Assim, sexo é culturalmente e discursivamente construído, sendo o gênero o meio para tal (BUTLER, 2003). E isso se dá a partir da influência do discurso hegemônico fundamentado no binarismo presente na “linguagem da racionalidade universal” e da matriz heterossexual (BUTLER, 2003), que demarcam o que é possível ou não como construção de gênero.

Scott (1989) aponta que, entre as feministas americanas, esse conceito indicava uma recusa ao determinismo biológico associado ao “sexo”, além de sublinhar o aspecto relacional das definições de feminilidades. Desta maneira, sobre a distinção entre sexo/gênero, de acordo com Butler (2003)

[...] corpos sexuados podem dar ensejo a uma variedade de gêneros diferentes, e que, além disso, o gênero em si não está necessariamente restrito aos dois usuais. Se o sexo não limita o gênero, então talvez haja gêneros, maneiras de interpretar culturalmente o corpo sexuado, que não são de forma alguma limitados pela aparente dualidade do sexo (p.163).

Esta autora discorda da compreensão que gênero é uma substância pré-estabelecida, ao entendê-lo como derivado da relação entre sujeitos, que são construídos socialmente e em contextos específicos. Deste modo, não há nada anterior ao discurso que indique o que é “ser mulher”, afinal um determinado sexo não decorre necessariamente de um gênero, ou seja, “mulher” não se desdobra especificamente em corpo feminino.

Acerca das identidades de gênero (Cisgênero, Transexual, Transgênero), Butler (2003) critica a ideia de que as pessoas só se tornam “inteligíveis” quando há correspondência entre sexo, gênero, prática sexual e desejo, a partir da matriz

heterossexual, a qual institui as “normas de gênero coerentes” e é responsável por “práticas reguladoras”, que produzem as “identidades coerentes” (BUTLER, 2003), as cisgêneros, por exemplo. Nesse sentido, a heterossexualização do desejo estabelece as oposições discriminadas e assimétricas entre “feminino” e “masculino”, que são entendidos como atributos expressivos de “macho” e de “fêmea”. E é errôneo pensar que a identidade de gênero acarreta a orientação sexual ou é referência anterior para a sexualidade (BUTLER, 2009), afinal não há como prever, a partir do gênero, qual a identidade e os desejos de uma pessoa.

Deste modo, gênero se apresenta “como um estilo corporal, um ‘ato’ por assim dizer, que tanto é intencional como performativo, onde ‘performativo’ sugere uma construção dramática e contingente do sentido” (BUTLER, 2003, p.199). Destarte, esses atos necessitam de uma performance repetida, a qual é uma reencenação e nova experiência de diversos significados, que já estão estabelecidos socialmente. Além disso, é a forma de ritualizar sua legitimação (BUTLER, 2003). Sendo assim, ele é uma identidade tenuamente construída no tempo e espaço através de uma repetição estilizada de atos, ou seja, como efeito, é produzido a partir da estilização do corpo, em que gestos, movimentos e estilos corporais concebem a ideia do “eu” permanentemente marcado por ele (BUTLER, 2003).

[...] O fato de a realidade do gênero ser criada mediante *performances* sociais contínuas significa que as próprias noções de sexo essencial e de masculinidade ou feminilidade verdadeiras ou permanentes também são constituídas, como parte da estratégia que oculta o caráter *performativo* do gênero e as possibilidades *performativas* de proliferação das configurações de gênero fora das estruturas restritivas da dominação masculina e da heterossexualidade compulsória.” (BUTLER, 2003, p.201).

Scott (1989) indica que gênero é útil na medida em que distingue prática sexual dos papéis que são atribuídos às mulheres e aos homens, dando, assim, destaque ao sistema de relações de poder que podem ou não incluir o sexo, não sendo diretamente determinadas por ele e nem pela sexualidade, e definindo-o como um elemento típico das relações sociais, baseadas em diferenças que são percebidas entre os sexos.

A partir destas considerações, mulheres com diferentes orientações sexuais e que se identificam com a feminilidade passam por diversas situações de desigualdades e preconceito, que foram e ainda são construídas socialmente. Por conta disto, é acerca delas que versam as discussões deste trabalho.

A construção histórica da mulher como “alguém para casar” se mantém ainda e é fortemente encontrada nos discursos ocidentais, devendo as mulheres jovens se envolver em relacionamentos afetivo-sexuais (heterossexuais) para dar conta de uma demanda social. Sobre isso, Tavares (2011) indica que, no imaginário social do início do século XX, o não casamento e a ausência da formação de uma família eram concebidos como doenças ou desvios, portanto passíveis de tratamento, já que perturbavam o modelo social vigente. E aqui, a biomedicina intervia considerando, ou melhor, “construindo” patologias relacionadas a isso, como foi o caso da *Chlorosis*, doença sanguínea, a qual, no século XIX, estava relacionada a questões morais (WAILOO, 1997).

De acordo com Tavares (2011), a partir da década de 60, com mudanças impulsionadas pelos movimentos feministas, houve modificações no contexto de vida das mulheres de classe média urbana, que giraram em torno da crescente inserção nas universidades e no ambiente laboral, ampliação do espaço político, métodos contraceptivos, beneficiando a liberdade sexual e permitindo a diminuição do risco de gravidez indesejada, entre outros. Estas mudanças promoveram questionamentos sobre seus papéis de esposa e mãe, incentivando a busca da autonomia e realização pessoal, além da independência tanto emocional quanto financeira, e a liberdade e igualdade entre os gêneros. Contudo, não extinguiram os modelos tradicionais, como, por exemplo, a idealização de felicidade feminina ser relacionada ao matrimônio.

Especificamente em relação à categoria juventude, não há consonância sobre a faixa etária para demarcá-la. O Estado brasileiro, através da Política Nacional de Juventude (PNJ), delimita a juventude entre 15 e 29 anos (CONJUVE, 2006). Considerando esta faixa etária, Souza e Paiva (2012) apontam subdivisões: 1) 15 a 17 anos – jovem-adolescente; 2) 18 a 24 anos – jovem-jovem; 3) 24 a 29 anos – jovem adulto. Ao passo que Léon (2005) afirma que, convencionalmente, tem-se empregado a faixa etária de 12 a 18 para adolescência e 15 a 29 para juventude, sendo subdividida entre: 15 a 19 anos, 20 a 24 anos e 25 a 29 anos. No que tange aos dados epidemiológicos sobre HIV/aids, compreende-se jovens, pessoas com idade entre 15 a 24 anos (BRASIL, 2015). Entretanto, Knauth e Gonçalves (2006) indicam que, nas sociedades complexas e modernas, a idade assinala elementos culturais, da formação da vida e identidade social, que não devem ser rejeitados, nem considerados restritamente.

Ao falar sobre juventude, entende-se aqui que é importante destacar sua heterogeneidade, uma vez que “ser jovem” revela uma multiplicidade de significados, configurando-se como conceito construído histórico e socialmente. Em vista disso, não há uma clara definição, podendo ser fundada por circunstâncias sociais e não por idade cronológica ou posição cultural (BUCHOLTZ, 2002). Nessa direção, Aquino (2009) considera falar de *juventudes*, pois é um grupo etário em que há experiências comuns, mas, também, há diversidade de necessidades.

De qualquer modo, as mulheres jovens estão situadas em contextos de forte machismo. Em decorrência disso, elas têm dificuldade de acessar benefícios e recursos, que possibilitam a garantia de direitos equivalentes aos homens, o que prejudica a autonomia em diversas esferas da vida doméstica, familiar, afetiva e sexual, laboral, além de estarem situadas em contextos de violência (LOBATO E FERRAZ, 2014).

Papa e Borges (2014) indicam que as jovens estão em processo de reconhecimento de si como sujeitos políticos e históricos, enfrentando o racismo, feminicídio e sexismo, mesmo que ele não se dê de forma homogênea entre as jovens negras e jovens brancas; assim, as questões raciais são elementos mediadores de experiências de vida. Nessa direção, é impossível separar gênero de inteseções políticas e culturais, afinal ele geralmente não se constitui coerentemente nos diversos contextos históricos e é estabelecido por aspectos raciais, classistas, étnicos, sexuais e regionais de identidades discursivamente construídas (BUTLER, 2003). Assim, a interseccionalidade visibiliza diferenças entre inter e intra grupos populacionais, não isolando fatores, como raça, classe, gênero, vida com HIV e aids, deficiências, que intervêm na vida dos indivíduos (LOPES e WERNECK, 2013).

Perante as barreiras que permeiam a vida de mulheres jovens, há o enfrentamento das desigualdades construídas socialmente, como a subordinação e hierarquização, as quais são mantidas pelos diversos sistemas de poder, que são articulados (PAPA e BORGES, 2014). Nesse contexto, vale destacar que, para Sandenberg e Macedo (2011), as mulheres não necessariamente estão destituídas de poder no que se refere aos homens, entretanto este poder, geralmente, não é legitimado.

Na esfera afetiva e sexual, há mulheres que escolhem a “solteirice”, mas ainda são percebidas como incompletas, sendo a prioridade dada a uma vida profissional associada a um egoísmo ou mesmo associada a uma compensação para uma ausência de vida afetiva (TAVARES, 2011). Entretanto, as mulheres jovens apresentam maior

empoderamento, quando comparadas as de décadas atrás, para escolherem suas relações sociais e exercitar sua sexualidade.

Assim, há que se destacar a importância de compreender como os relacionamentos têm sido construídos e vividos nos últimos anos, especificamente no que tange às mulheres jovens vivendo com HIV/aids, na medida em que a condição sorológica pode repercutir em suas relações afetivo-sexuais.

2.2. MULHERES JOVENS VIVENDO COM HIV/AIDS E SUAS RELAÇÕES AFETIVO-SEXUAIS

Mulheres jovens soropositivas vivem seus envolvimento afetivos e sexuais e os nomeiam de modos diferentes ao longo da sua vida. Desta forma, é importante acompanhar suas trajetórias, onde é possível visualizar o desenrolar de eventos, a sucessão e o caráter gradual e acumulativo dessas experiências (HEILBORN, 2006), reconhecendo que as escolhas feitas neste percurso serão influenciadas por aspectos, como classe social, gênero e seus elementos sociais e biográficos (HEILBORN, 2006; HEILBORN, CABRAL e BOZON, 2006). Além disso, a construção dos relacionamentos se dá a partir do que é construído e esperado para as feminilidades e masculinidades. Nesse sentido, Leal e Knauth (2006) apontam que, para jovens, seus envolvimento se estruturam e atualizam-se a partir de um sistema de significados atribuídos pela cultura, e, em vista disso, determinados segundo padrões de gênero, distinções socioeconômicas e especificidades regionais.

É importante considerar que as relações não se deram do mesmo modo ao longo do tempo. No decorrer da história, envolver-se amorosamente, e que inclui sexualidade, amor, casamento, foi particular ao tempo e às sociedades (RIBEIRO et al., 2011). Na contemporaneidade, por exemplo, houve a presença do “amor romântico”, que, segundo Giddens (1993), tem relação com a construção moderna da maternidade, sendo que “a imagem da ‘esposa e mãe’ reforçou um modelo de 'dois sexos' das atividades e dos sentimentos” (GIDDENS, 1993, p. 53). Desse modo, existia uma associação entre amor romântico e amor feminilizado, presente na vida das mulheres ao longo de diversos séculos.

Entretanto, há uma pulverização desse ideal a partir da autonomia sexual feminina, o que não significa sua extinção, entrando em cena o que Giddens (1993) chama de “amor confluyente”, caracterizado como um amor incerto, ativo, entrando em choque com as ideias de “para sempre” do amor romântico. Para ele, “quanto mais o amor confluyente consolida-se em uma possibilidade real, mais se afasta da busca de ‘pessoa especial’ e o que mais conta é o ‘relacionamento especial’” (GIDDENS, 1993, p. 72). Nesse tipo de amor, há uma pressuposição de igualdade na afetividade, tanto em doação como em recebimento (GIDDENS, 1993). Aqui, “a sexualidade de uma pessoa é um fator que tem de ser negociado como parte de um relacionamento” (GIDDENS, 1993, p. 74).

Atribui-se ao namoro características de exclusividade entre duas pessoas e relação comunicada aos amigos e familiares (HEILBORN, 2006), ou seja, quando ele faz parte da esfera familiar, com o conhecimento dos pais e frequência de ida à casa do parceiro. Destaca-se que, na sua versão de décadas atrás, a penetração vaginal era proibida com a finalidade de manter a virgindade (HEILBORN, 2006) até o casamento. Atualmente, para a juventude, o namoro continua tendo a “característica de compromisso entre duas pessoas apaixonadas” (p.36), todavia não é mais um momento de preparação para a conjugalidade, é uma “realidade em si”, uma fase de experimentação (HEILBORN, 2006).

A partir da década de 1980, entra em cena outro modo de se relacionar, intitulado de “ficar” por jovens brasileiros/as (HEILBORN, 2006; RIBEIRO et al., 2011), considerado como um envolvimento ocasional, superficial e passageiro (JUSTO, 2005) e que contrasta com o namoro (BOZON e HEILBORN, 2001) que pressupõe, para os/as jovens, compromisso, confiança, fidelidade, além de sentimentos mais profundos (RIBEIRO et al, 2011).

No “ficar” há um grau de intimidade corporal, entretanto pode não existir perspectiva de continuidade ou publicização de compromissos futuros (JUSTO, 2005; HEILBORN, 2006). É caracterizado como um momento de atração, que abrange desde beijos, abraços e carinhos até contatos sexuais (REITH, 2002; JUSTOS, 2005; HEILBORN, 2006; RIBEIRO et al., 2011), que podem ou não ser prolongados no tempo (JUSTO, 2005), afinal, não pressupõe vínculo entre as pessoas (HEILBORN, 2006). Entretanto, em algumas situações, o “ficar” desembocará em relações mais duradouras, sendo assim, um estágio em que se “conhece melhor”, inclusive

sexualmente, para então firmar um compromisso. Como resultante de jogo social e cultural, que requer aprendizagem, o “ficar” pode ser encarado como uma “testagem” “com o (a) parceiro (a) com quem se ‘fica’, ou não” (RIBEIRO, et al., 2011, p.57). Nessa direção, Heilborn (2006) aponta que ele “tende a vir antes do namoro, mas tal assertiva só é válida nos contextos em que tal categoria encontra-se disseminada.” (p.47).

Estudos com os/as jovens em diversas capitais brasileiras (LEAL e KNAUTH, 2006; RIBEIRO et al., 2011) apontam que há, nos discursos femininos, uma maior associação afetiva e romântica, uma fantasia nas relações; enquanto há um afastamento disto por parte dos jovens, tendo maior associação com o desempenho sexual. Entretanto, destaco que isso não pode ser generalizado, podendo existir situações em que eles/elas não compactuam com esta realidade, afinal há outros elementos sociais, além do gênero, que interferem nos envolvimento, como, por exemplo, religiosidade.

Após tal ressalva, o relacionamento se torna estável a depender de uma série de fatores, tais como: o vínculo (formal ou informal) assumido, o tempo e sentimentos envolvidos (KNAUTH et al, 2006). A partir da minha inserção e acompanhando a vivência de minhas interlocutoras, assumo, estes termos “namoro” e “ficar” para descrever a trajetória das jovens.

Há especificidades no estabelecimento de relações afetivo-sexuais para as mulheres jovens vivendo com HIV/aids, que podem ser situadas a partir das parcerias soroconcordante (o/a parceiro/a tem a mesma sorologia positiva) ou sorodiscordante (o/a parceiro/a tem sorologia negativa). Nestes relacionamentos, Reis e Gir (2005) afirmam que há dificuldades relacionadas ao uso do preservativo, como a desconfiança na sua eficácia e interferência na vida sexual, mesmo que possa haver maior motivação para sua utilização (evitar transmissão do vírus). Outro aspecto diz respeito ao sigilo quanto ao diagnóstico, posto que é possível a sua não revelação. Em seu estudo, Squire (2003) observou que havia sempre, nas narrativas de mulheres vivendo com HIV, histórias que envolviam o “segredo” por conta da estigmatização do vírus e dos efeitos graves da revelação no relacionamento, como também sobre a sexualidade, reprodução, relações familiares, entre outros aspectos.

Nas parcerias soroconcordantes, pode haver também implicações e dificuldades, umas delas é que o envolvimento entre pessoas com a mesma sorologia positiva não necessariamente é menos conflituoso, ou o HIV não tem centralidade, existindo neles

sentimentos de culpa e o medo da morte (SQUIRE, 2003). Há quem considere neste tipo de parceria a possibilidade de não uso de preservativos (SILVA e CAMARGO JUNIOR, 2011), já que é comum a dificuldade da sua utilização, principalmente em relacionamentos heterossexuais. Entretanto, este tipo de prática os/as coloca frente à possibilidade de reinfecção ou resistência aos antirretrovirais (SILVA e CAMARGO JUNIOR, 2011).

De qualquer modo, o gênero pode diferenciar as experiências de soropositividade, não em razão de uma “essência” que é masculina ou feminina, mas em virtude dos arranjos culturais que operam em torno da sua construção (MASKUD, 2007). Squire (2003) indica que, no contexto do HIV, para algumas mulheres soropositivas, o estabelecimento das relações a partir da afinidade pessoal não foi suficiente, necessitando, ao buscarem um relacionamento, de uma compreensão sobre o vírus por parte do parceiro e a condição sorológica dele, o que por vezes, restringe a sua procura.

De qualquer modo, concordo com BOZON e HEILBORN (2006) que apontam que as relações estruturadas, como o “namoro” e “ficar”, são marcos que preparam para a entrada na sexualidade e conferem papéis diferentes aos homens e mulheres.

A sexualidade é resultante de um complexo processo de socialização, aprendizado e modelação cultural, sujeito a mudanças históricas (HEILBORN, CABRAL e BOZON, 2006). Vale ressaltar que o sexo é como outra atividade humana, em que as pessoas são socializadas para tal, por meio da cultura, a qual se apresenta como essencial na construção dos corpos e da sexualidade, sendo importante compreender como se alinham questões biológicas e culturais na produção dos corpos e da sexualidade (HEILBORN, 2002). Nessa direção, Barbosa (1999) indica que ela é propriedade de sujeitos sociais, os quais têm comportamentos, desejos e fantasias modelados por redes de significados e valores, e, por conta disso, são passíveis de resignificação.

Para Foucault (2006a), a sexualidade é envolvida por produções de verdades e não pela “repressão” para falar sobre sexo, mas pela vontade de saber sobre ele, próprio das sociedades modernas, destacando-o como segredo. Além disso, é permeada pelo entrelaçamento entre prazer e poder ao longo da história, poder esse que, entre outras coisas, fiscaliza, investiga, questiona, e prazer que busca escapar desse poder (FOUCAULT, 2006a). Nas sociedades ocidentais, as produções discursivas em torno

disso estão associadas à moralidade, especialmente em relação às mulheres, que passam a ter o exercício da sua sexualidade permeado por essas questões. Há diversas “verdades” produzidas em torno do sexo, influenciadas pelo discurso do Estado, da Igreja e da ciência, e, nesse sentido, ele foi/tem sido objeto de prazer e interdição (FOUCAULT, 2006a).

Estritamente no que concerne ao corpo feminino, ele ainda é considerado um espaço apenas de reprodução e maternidade. Acerca disso, Barreira (2014) aponta que, referente à saúde das mulheres, há sempre no debate sobre sexualidade uma conexão com os direitos sexuais e reprodutivos, não somente pela associação das mulheres com as funções reprodutivas, mas porque a sexualidade se configura como obstáculo para as jovens.

Barbosa (1999) indica que, concomitantemente à ampliação do discurso de igualdade entre outros setores da sociedade, além das camadas de intelectuais, há a continuação da relação entre homens e mulheres derivada da demarcação das suas diferenças, as quais, de algum modo, conservam e encobrem a desigualdade - acima de tudo no campo da sexualidade, onde se destacam as contradições e ambiguidades relacionadas às conquistas feministas. Ressalto que há diferenças entre as mulheres, tanto em termos de características individuais, quanto sociais, e na forma de vivenciar sua sexualidade, (VILELA e BARBOSA, 2015) afinal não é uma vivência homogênea.

O exercício da sexualidade e do prazer no sexo é permeado por regras sociais que condenam determinadas práticas sexuais e afetivas, como os relacionamentos com parceiras ou com múltiplos parceiros, por exemplo. De acordo com Lobato e Ferraz (2014), a percepção de que as mulheres jovens precisam se esconder até encontrar uma pessoa para a prática sexual obstrui de modo pleno o conhecimento do corpo, além de dificultar o cuidado com a saúde, para que não saibam da quebra de uma regra social. E isso ocorre porque, para algumas jovens, a sexualidade ainda está vinculada a um componente afetivo. Sobre isso, Barbosa (1999) salienta que, mesmo com a probabilidade de ser percebido como positivo o fato de as mulheres obterem relações sexuais “sem amor”, o vínculo entre afeto e sexo/prazer ainda é norteador para a compreensão da sexualidade de forma mais ampla e que a conquista do prazer para elas tem elementos de entrega e cumplicidade, facilitados pelo amor e estabelecimento de confiança.

Leal (2003) aponta que a sexualidade é sempre construída e abarca comportamentos sexuais e os significados sobre eles. São atividades que incluem coito genital, anal e oral, ou que o precedem, como carícias, a masturbação, as quais considero como “relação sexual” ou “práticas sexuais” na descrição dos relacionamentos das minhas interlocutoras. Elas são estruturadas a partir de diversas regras culturais (LEAL, 2003), bem como relações de poder e dominação, gênero, faixa etária, contexto espacial, expectativas e sentimentos pessoais, os quais estão envolvidos na experiência (LEAL, 2003; LEAL e KNAUTH, 2006). Assim, Heilborn, Cabral e Bozon (2006) apontam que o ato sexual é marcado por significações, que inclui desde o contexto relacional, passando pela etapa da trajetória de vida, características de parcerias e os afetos envolvidos, estando presentes a vontade de procriação, satisfação do desejo, a exposição de um estatuto social e uma atitude que estabelece uma afetividade na relação.

Sobre a sexualidade de mulheres jovens vivendo com HIV/aids, é importante considerar também a maneira como ocorreu a infecção. De acordo com Cunha (2012), os modos de transmissão do vírus (vertical ou sexual) informam também sobre a “ausência” ou “presença” da sexualidade. Ou seja, na transmissão vertical, retira-se a responsabilidade pela infecção em contraposição à infecção pela via sexual. Desta forma, os modos de transmissão são marcados por juízos morais, os quais posicionam os indivíduos como vítimas ou culpados (CUNHA, 2014), sendo assim importante para a maior estigmatização de algumas mulheres jovens vivendo com HIV/aids.

É preciso destacar que a inquietação que pode estar presente nas políticas de prevenção está centrada num suposto “descontrole” da sexualidade de adolescentes e jovens, com a possibilidade de disseminação do vírus HIV por parte dos/das soropositivos/as, e que, para tanto, buscam construir uma “consciência” por parte deles e delas para o controle de si, vai além de buscar produzir comportamentos e práticas “mais saudáveis” (CUNHA, 2012).

Ainda que haja esforços no campo da prevenção, a preocupação com o controle dos corpos ainda está presente em alguns contextos, em que há um discurso preventivo pautado na biopolítica (FOUCAULT, 2006a), que busca construir sujeitos “sexualmente liberados”, mas que são “conscientes” e “responsáveis”, tornando-se exemplares, sujeitos “multiplicadores”, capazes de anunciar a prevenção e “demonstrá-la” a partir de um corpo “livre”; todavia controlado, de modo a traduzir nos discursos e gestos a

prevenção nas concepções mais capilares, normatizadoras e “edificantes” (CUNHA, 2012). Desse modo, em envolvimento heterossexuais, mulheres jovens vivendo com HIV/aids podem ser responsabilizadas pela proteção do parceiro, não uso de preservativos ou pela dificuldade de negociá-lo.

Com tudo isso, podemos considerar que um “marcador” biológico (sorologia positiva para HIV) influencia as sociabilidades, de modo que pode tornar-se central na construção dos relacionamentos de mulheres jovens vivendo com HIV/aids, marcando, assim, suas experiências.

2.3. BIOSOCIABILIDADES: HIV/AIDS E INTERNET

A compreensão dos envolvimento afetivo-sexuais de mulheres jovens que vivem com HIV/aids será apoiada também pelo referencial teórico da *biossociabilidade* (RABINOW, 1999). Nessa perspectiva, a condição soropositiva para HIV pode modelar as formas de sociabilidade, que incluem tudo o que permeia a rotina de cuidados, assim como as relações sociais, afetiva e sexual, as quais são construídas a partir do diagnóstico. Rabinow (1999) situa o conceito de biossociabilidade a partir da assimilação de que,

Se a sociobiologia é cultura construída com base numa metáfora da natureza, então na biossociabilidade a natureza será modelada na cultura compreendida como prática; ela será conhecida e refeita através da técnica, a natureza finalmente se tornará artificial, exatamente como a cultura se tornou natural. (p. 144)

Esse entendimento parte da apreensão dos efeitos da nova genética, a partir do projeto genoma, na modelagem da vida na sociedade moderna. Para Vilaça e Palma (2011), a nova genética inaugura uma gestão de riscos, devido à criação de novas tecnologias e modifica as práticas sociais, a forma com que nos identificamos, e a nossa perspectiva ética, que estará em um atual regime de verdade (biocientífica).

A compreensão da biossociabilidade tem o intuito de analisar e descrever as formas de sociabilidade surgidas a partir do entrelaçamento entre o capital, as biotecnologias e a medicina (ORTEGA, 2003; ORTEGA, 2006). As biotecnologias são entendidas por Bernardes e Guareschi (2007) tanto como tecnologias que influenciam o modo como o indivíduo se relaciona consigo, transformando-se em objeto de si pela associação entre saúde, vida e tecnologias, quanto pela biopolítica, que, para Foucault,

(2006a) é o poder exercido para o controle da vida humana e regulação da população. Ou seja, a biopolítica revela como o governo opera através de dispositivos de segurança, de modo a controlar riscos, promover vida e normalização a partir da gestão de processos biológicos de uma população (VILAÇA e PALMA, 2011). Nesse sentido, as tecnologias disciplinadoras, relacionadas ao surgimento do capitalismo, têm a finalidade de orientar e treinar o corpo, a partir de ações padronizadas e controle do espaço (RABINOW, 1999).

Isto posto, a biossociabilidade é formada por grupos com interesses que são privados e não por agrupamentos a partir de raça, classe, orientação política, como ocorria na biopolítica estatal clássica, em que a construção de identidades estava relacionada ao desejo sexual e sexualidade (ORTEGA, 2004), mas se agrupam a partir de critérios de saúde, doenças específicas, longevidade e performances corporais, entre outros (ORTEGA, 2003; ORTEGA, 2004; ORTEGA, 2006). Com isso, há uma ênfase na centralidade do corpo.

Nessa forma de sociabilidade, segundo Ortega (2003; 2004; 2006), há um vocabulário que se baseia em constâncias biológicas, tônus musculares, desempenho físico, apresentando-se com um tom “quase moral” ao demarcar critérios para a definição de excelência do indivíduo, que antes estava relacionada ao desempenho no âmbito público ou privado e familiar (ORTEGA, 2004).

Dentro do contexto do HIV/aids, isto se expressa através dos exames laboratoriais, em que há uma busca pelos níveis indetectáveis de carga viral e altos níveis de CD4. Desse modo, esses discursos e práticas biomédicas passam a organizar a vida das pessoas. Destaca-se que esses indicadores são importantes para a saúde e vidas das pessoas soropositivas, na medida em que informam sobre a consequência da infecção; logo, com carga viral indetectável, e níveis elevados de CD4, não há enfraquecimento do sistema imunológico. Entretanto, na circunstância em que o padrão otimizado de saúde é enfatizado, criam-se inéditos modos de relação consigo e com o outro, como, por exemplo, uso de termos biológicos para a descrição da identidade (ORTEGA e ZORZANELLI, 2010).

Outro elemento a se destacar é que ter aids ou ser soropositivo para HIV, a partir da biossociabilidade, pode orientar formas de construções de parcerias afetivas e sexuais, por exemplo, no caso de um relacionamento soroconcordante ou sorodiscordante. Isto é, elas começam a ser pautadas a partir desses “indicadores

biomédicos”, que formam bioidentidades, as quais deslocam para o “exterior” o modelo de constituição e descrição de si (ORTEGA, 2006), ou seja, aspectos de saúde e de doença passam a serem produtores de identidade e subjetividade e, ainda, conduzem os indivíduos à gestão da sua saúde (ORTEGA e ZORZANELLI, 2010). Acerca disso, Rabinow (1999) aponta que se formarão identidades novas e práticas, tanto grupais quanto individuais, a partir de novas “verdades”, que estão relacionadas às descobertas das ciências biológicas. Assim, para ele, existirão grupos formados por questões biológicas, genética, que terão médicos, laboratórios e agentes protetores, os quais ajudarão com a intervenção, bem como com a compreensão do seu destino (RABINOW, 1999).

Na biossociabilidade, as práticas da “bioescese⁴” dão ênfase aos processos de cuidados corporais, médicos, higiênicos e estéticos na constituição das bioidentidades, formando sujeitos que se autocontrolam, autovigiam e autogovernam (ORTEGA, 2003; ORTEGA, 2004; ORTEGA, 2006). Tal constatação pode-se relacionar com o que Squire (2010) denomina de “normalização do HIV”, em que opera a partir do estabelecimento da autorregulação das pessoas com o vírus, onde os discursos da biomedicina incentivam as pessoas com HIV a exercerem uma boa nutrição, exercício e gestão do estresse, esperando que sejam capazes e “obrigadas” a viver de modo saudável, por exemplo. Entretanto, há os que não se sentem capazes de acompanhar essas recomendações por diversos aspectos, desde acesso a serviços até por questões individuais.

Diante das novas formas de agrupamentos consideradas a partir da biossociabilidade, e dos critérios biológicos que ganham ênfase, Rabinow (1999) indica que, através do uso de computadores, os indivíduos, os quais compartilham um conjunto de características, têm a possibilidade de se agruparem. Nesse contexto, Montardo (2010), em estudo sobre redes temáticas na web e biossociabilidade online de deficientes auditivos, através de uma “netnografia”, indica que há muito empenho de socialização através de variáveis biológicas. Desta forma, é necessário compreender, também, como a internet se desenha como espaço para essas biossociabilidades. Assim,

⁴ Com a centralidade do corpo em detrimento da sexualidade, as práticas da bioescese são formas de disciplinar o corpo para mantê-lo dentro de uma norma, em uma uniformidade. Há uma inquietação consigo mesmo, em detrimento da preocupação com o mundo, sendo, assim, práticas individualistas (ORTEGA, 2006).

nesse contexto de agrupamento de indivíduos a partir de critérios biológicos, ela converte-se em um meio privilegiado de comprometimento deles, para além de acesso a informações, mas também de recomendações sobre a vivência em face da doença (ORTEGA e ZORZANELLI, 2010).

No século XXI, ela ocupa espaço já bem concretizado na vida das pessoas. Atualmente, ela é um meio de possibilidades de contato, de busca de informações sobre assuntos diversos e para compra de bens. Para Silva (2010), a internet pode servir como “campo de produção textual, possibilitando a leitura de padrões e (novos) significados culturais” (p.514). Nessa direção, ao pensá-la como cultura, segundo Fragoso, Recuero e Amaral (2011), ela é entendida como um espaço distinto ao *offline*. Enquanto um artefato cultural nota-se a introdução da tecnologia no cotidiano, favorecendo o entendimento da “rede” como aspecto cultural e não como algo à parte. Podendo, ainda, ser instrumento de trabalho e de comunicação (FONTES, 2014). De acordo com Miller (2013), a internet “é uma palavra que empregamos para consolidar gêneros de uso conectados por acesso on-line” (MILLER, 2013, p. 165). No caso das biossociabilidades, ela permite que os indivíduos de diferentes espaços geográficos possam compartilhar experiências, referências e táticas para lidar com médicos, entre outras coisas (ORTEGA e ZORZANELLI, 2010).

Para Corrêa e Amaro (2012), a partir do advento da internet, as interações neste ambiente ganharam importância tanto quanto as interações “face a face”. Com essa nova tecnologia, foi possível pessoas se conhecerem de modo virtual, começar amizades, expor-se por meio de vídeos e fotos, além de marcar encontros fora deste ambiente, assumindo, inclusive, papéis diferentes dos do “mundo” *offline*, experimentando, assim, novas identidades.

Isto posto, as tecnologias apresentam importância própria, não somente como algo que está a serviço da sociedade e do homem (BRUNO, 2001), mas elas transformam as “fronteiras do humano”, ou seja, as demarcações que lhe são próprias e que o diferenciam dos não-humanos, como natureza/artifício, orgânico/inorgânico, além de matéria/espírito, presença/ausência, real/simulacro, próximo/longínquo (BRUNO, 2001). Nesse sentido, como mediadora, elas não se limitam às finalidades para quais foram projetadas, reorganizando, assim, as interações entre os humanos e o mundo (BRUNO, 2001). Ao ser incorporada ao corpo, a tecnologia é mais do que algo externo, não é simplesmente um mero instrumento, ela possibilita mudanças na realidade vivida,

ao perceber, por exemplo, que corpo/celulares estão imersos na produção de agência (BELELI, 2015), na medida em que um modifica o outro.

Nesse contexto de uso da internet, o ciberespaço tem papel importante, na medida em que nele ocorre comunicação a partir da interconexão mundial e das memórias dos computadores (LÉVY, 1999) e das informações digitais. Ao possibilitar interação e comunicação, a internet se configura, hoje, como importante dispositivo para compreensão do surgimento de fenômenos *online*, bem como *offline*, assim como da sua relação. Acerca disso, Noveli (2010) aponta que o *online* e *offline* não são necessariamente realidades separadas, podendo-os ser um *continuum* de uma mesma realidade.

As trocas na *web*⁵ têm ocorrido geralmente pelas redes sociais online, nas quais os ambientes virtuais permitem que as pessoas possam trocar mensagens em *chats* ou grupos de discussão, que frequentemente resultam em comunidades virtuais ou locais de jogos interativos (JUNGBLUT, 2014). Além disso, podem ser ferramentas para construção e/ou busca de relacionamentos amorosos e sexuais. Mas também, no contexto das biossociabilidades, podem se configurar como um território com finalidade de administrar indivíduo e coletivo, representando um objeto de intervenção coletiva (ORTEGA e ZORZANELLI, 2010). Assim, fazemos uso dos canais de comunicação para nos identificarmos e interagirmos com outras pessoas, ora para trocar informações, ora para trocar afeto (CORRÊA e AMARO, 2012).

Para a procura de relacionamentos, a internet, seus sites e suas tecnologias, apresentam-se como elementos importantes. Sobre isso, Miskolci (2015) indica que a rede mundial de computadores possibilitou a socialização em rede. De modo anônima e moderadamente segura, permitiu o “afastamento” da solidão e contato efetivo com eventuais parceiros e amigos.

Ribeiro et al. (2011) assinalaram que a internet é um importante meio para vínculos afetivo-sexuais dos jovens, pois é encarada como espaço livre e com maior comunicação na direção de organizar encontros, para “ficar” e estabelecer envolvimento, visto que viabiliza experimentar relações entre eles, servindo como

⁵ Sistema de informações ligadas através de hipermídia (hiperligações em forma de texto, vídeo, som e outras animações digitais), a qual possibilita ao usuário ter acesso a diversos conteúdos através da internet (<http://www.significados.com.br/web/>).

meio para conhecer melhor o outro, se aproximando e estabelecendo uma amizade, que pode se transformar em algo mais duradouro.

Especificamente para as mulheres, Beleli (2015), a partir de um estudo etnográfico em sites de relacionamento e aplicativos direcionados à busca de parcerias amorosas/afetivas/sexuais por parte de mulheres, aponta que o segredo é um aspecto importante nesta busca, uma vez que oculta um possível fracasso nos envolvimento afetivos e sexuais por vias “normais”, e também, esconde o interesse apenas sexual, o que configuraria uma feminilidade distante da esperada para a consolidação de um relacionamento. Ainda nessa direção, Beleli (2015) indica que as tecnologias incorporadas ao corpo, como o celular, na medida em que sua ausência pode ser compreendida como perda de algo nesse processo, parece fornecer autonomia e liberdade às mulheres; e, ainda, permitem a mudança de certa moralidade no que concerne às normas de como se comportar, indicando feminilidades e masculinidades adequadas.

Segundo Corrêa e Amaro (2012), há mulheres que optam por essa possibilidade de envolvimento (virtuais) para interação, estabelecer novas amizades, e até mesmo conseguir parceiros, sem o risco de rotulação segundo idade ou estado civil, na medida em que, a partir da internet, encaram uma tecnologia que pelo menos, no primeiro instante, permite mais segurança em termo de discrição.

Com isso, é possível observar que diferentes tecnologias e mídias digitais têm se configurado como espaço de sociabilidade (HORVATH et al. 2012) e, especificamente, para a busca de relacionamentos afetivo-sexuais de PVHA, principalmente devido ao estigma da aids. Para essas pessoas, pode-se, por exemplo, buscar parcerias soroconcordantes, devido ao medo da rejeição. Além disso, a internet se configurou como meio facilitador para conversas sobre uso de preservativo e HIV (GROV et al 2013), sendo importante destacar como os critérios diagnósticos e suas repercussões vão engendrando os vínculos sociais nessas biossociabilidades. Nesse sentido, Félix (2012) indica que a internet permitiu que jovens vivendo com HIV/aids pudessem encontrar e se relacionar com pessoas de mesma condição sorológica, sem interferência do HIV, como nos envolvimento sorodiscordantes. Desta forma, Ortega e Zorzanelli (2010) apontam que, na biossociabilidade, os sites permitem acesso a informações e à construção de relações entre os que têm interesse no assunto.

Portanto, a constituição do marco teórico desta dissertação situa “mulheres jovens” a partir do entendimento de que gênero é um meio discursivo e cultural que produz e estabelece o sexo e as diferenças entre feminilidade e masculinidade, e considera “ser jovem” como um momento da vida que apresenta suas próprias especificidades para além das demarcações etárias. Ademais, aponta que relacionamentos afetivo-sexuais são conformados a partir dos significados culturais que são socialmente construídos e que, para as jovens vivendo com HIV/aids, podem ocorrer a partir das biossociabilidades.

3. PERCURSO METODOLÓGICO

Este estudo, que descreve como mulheres jovens vivendo com HIV/aids fazem uso de redes sociais online e vivem seus relacionamentos amorosos e sexuais, é o resultado de uma pesquisa qualitativa, exploratória, realizada através de uma etnografia online. Ela faz parte de uma pesquisa maior, intitulada “Sociabilidades de jovens vivendo com HIV/AIDS: os novos discursos biomédicos e seu impacto nas relações afetivo-sexuais”, contemplada no edital da FAPESB - Universal 05/2015, e tem a coordenação do professor Luis Augusto Vasconcelos da Silva (IHAC/ISC/UFBA). Este estudo busca analisar o modo como os discursos biomédicos, por exemplo, CD4 e carga viral, são usados por jovens vivendo com HIV/aids e como estes mesmos discursos e práticas repercutem em suas relações afetivo-sexuais nos diversos contextos de interação (*online* e *offline*). Ele é continuidade do Projeto “Sociabilidades de jovens vivendo com HIV/aids: repercussões e efeitos da soroidentidade”, aprovado pelo CNPq, em 2011, e finalizado em 2014 (processo 484253/2011-5, edital/chamada: Universal 14/2011), também coordenado pelo professor Luis Augusto Vasconcelos da Silva.

Minha inserção na pesquisa “Sociabilidades de jovens vivendo com HIV/AIDS: os novos discursos biomédicos e seu impacto nas relações afetivo-sexuais” se deu após o ingresso no mestrado, quando, em contato com o professor, conversamos sobre a possibilidade de me vincular ao trabalho que já estava sendo desenvolvido e trabalhar com mulheres jovens, considerando a dificuldade de interação com mulheres jovens vivendo com HIV/aids na primeira fase do projeto (CNPq/2011). A partir disso, comecei a acompanhar os grupos na internet e também tive contato com narrativas já produzidas por uma das “jovens mulheres vivendo”, que, depois, tornou-se uma das minhas importantes interlocutoras para a realização desta dissertação.

Assim, em coerência com os objetivos deste trabalho, será empregada a etnografia online, realizada na internet, que, para Kozinets (2002), é uma pesquisa qualitativa a qual adapta as técnicas de pesquisa etnográfica para o estudo tanto de culturas como de comunidades emergentes a partir de comunicações mediadas pelo computador, o que permite, segundo Montardo e Passerino (2006), apreender fenômenos que ali estão presentes.

Nesse tipo de etnografia, a mediação da tecnologia é central no processo de pesquisa, já que é essencial o uso de celulares, computadores, entre outras ferramentas,

para a sua realização. Domingues (2004) aponta que a tecnologia interativa requisita a conexão do corpo “com o sistema artificial com o qual interage, provocando, em tempo real, uma ação compartilhada, onde algo acontece pelas conexões humano/máquina” (p.183).

Dentre suas características, ela possibilita, por exemplo, que haja o anonimato das pessoas nas interações, o que facilita a aproximação a temas polêmicos (SILVA, 2010), como sexualidade e HIV/aids. Além disso, para Mercado (2012), ela permite estudar de modo detalhado as relações que se dão nos espaços virtuais, onde a internet se configura como meio do cotidiano das pessoas e espaço de encontro, possibilitando gerar comunidades, grupos e novas sociabilidades. Nessa direção, para realizá-la, Amaral (2010) indica alguns passos: entrar em campo de modo a se ambientar, manter um diário de campo com anotações; contextualizar os informantes e realizar entrevistas.

Montardo e Passerino (2006) apontam que o emprego de metodologias no ciberespaço possibilita capturar fenômenos acontecendo naquele momento. Há diferentes trabalhos qualitativos na internet na área da Saúde, como o de Cunha (2012b), que descreveu a trajetória de pessoas em situação de sofrimento emocional. Para esta autora, a realização da sua investigação seria difícil fora do anonimato que a rede propicia. No contexto do HIV/aids, há trabalhos de etnografia *online* com HSH e a prática de *barebacking* (SILVA, 2009a; 2009b; 2010; 2012; SILVA e IRIART, 2010), e com jovens vivendo com HIV/aids (FÉLIX, 2012), no qual, a partir de entrevistas *online*, buscou-se entender como eles aprendem a tornar-se pessoas que vivem com HIV/aids.

3.1. CAMPO DE INVESTIGAÇÃO

Comecei minha pesquisa buscando espaços *online* que se configurassem como local de interação afetiva e sexual para PVHA e, especificamente, para mulheres jovens. Por isso, utilizei⁶ diferentes espaços *online* para encontrar as jovens. Um desses lugares foi o *site* UOL, que hospeda salas de bate papo direcionadas também para pessoas soropositivas. Algumas delas já tinham sido identificadas e acompanhadas na pesquisa

⁶ Ao acessar sites, aplicativos e redes sociais, sempre empreguei meu próprio nome.

que deu origem a este trabalho. Entretanto, lá foi muito difícil, para mim, encontrar mulheres, sendo um espaço predominantemente de homens.

Com o passar dos dias frequentando essas salas do UOL, fui logo percebendo que quase não eram ocupadas por mulheres jovens vivendo com HIV/aids. Sempre que eu identificava alguma mulher pelo *nickname*⁷, elas não demonstravam interesse em interagir, não dando seguimento às conversas que eu iniciava reservadamente⁸. Outra forma de tentar a interação foi enviando mensagens para que todos/as da sala pudessem visualizar, falando sobre a minha vontade de conversar com mulheres, mesmo assim nunca obtive retorno. Era extremamente comum eu receber mensagens de homens heterossexuais soropositivos com o desejo de conversar, mas logo quando eu falava que não era HIV positiva e meu objetivo lá, eles desistiam da interação.

Neste mesmo momento, eu já fazia parte de dois grupos secretos no *Facebook* de pessoas vivendo com HIV/aids, e fui convidada por já integrantes do grupo de pesquisa. Isto por que a entrada nesses grupos (secretos) só é permitida a partir de convite de membros que já participam deles, possibilitando o máximo de privacidade possível. Outra característica desses grupos é que apenas os membros podem ver os *posts* (postagens) e o *feed* de notícias, onde os usuários podem acompanhar os conteúdos da rede social.

Um desses grupos foi “Rede positiva⁹”, em que, ao entrar, fiz contato com o administrador falando a respeito do meu trabalho, e ele disse que faria uma publicação informando sobre minha pesquisa, e assim o fez. Ele deixou meus contatos para quem tivesse interesse em interagir comigo, mas, também, não obtive sucesso, não sendo contactada por ninguém. Por isso, vou me deter a caracterizar com mais detalhamento o grupo no qual encontrei as interlocutoras da minha dissertação.

O grupo “RM”¹⁰ foi identificado e acompanhado no decorrer da pesquisa maior (“Sociabilidades de jovens vivendo com HIV/aids: repercussões e efeitos da soroidentidade”). Ele se caracteriza por ser um espaço de acolhimento, em que as pessoas possam a fazer amizade, compartilhar dúvidas, medos, experiências, conquistas e histórias. Além disso, é um espaço para a troca de informações (orientações), ajuda

⁷ Apelido utilizado para as pessoas se identificarem em aplicativos, sites e redes sociais, e poderem manter o anonimato.

⁸ Nessas salas, é possível enviar mensagens que são visíveis somente pela destinatária e a receptora.

⁹ Nome fictício do grupo, que foi criado para adolescentes e jovens vivendo com HIV/aids.

¹⁰ Este também é um nome fictício do grupo. Na época, ele tinha outro nome no *Facebook*, mas era dos mesmos administradores. O antigo grupo foi excluído pela rede social e então criado este novo.

mútua entre pessoas que vivem e convivem com HIV/aids. Ele apresenta diversas regras de convivência, e uma delas é a não recomendação do uso de perfis *fakes* (perfis falsos) ou sem foto que não possibilite a identificação da pessoa, de modo a garantir a segurança de outros membros, de acordo com a moderação. Entre as proibições, está a postagem de conteúdos que defendam o uso de tratamento “alternativo” ao HIV/aids e/ou apontem a parada/suspensão da terapia antirretroviral. Os tratamentos “complementares” são “bem-vindos” desde que estejam associados ao tratamento postulado pelo Ministério da Saúde.

Além disso, recomenda-se a não postagem de fotos com o objetivo de “autopromoção”, para encontros ou relacionamentos, ou tidos como pornográficos. A justificativa é que isso pode não ser bem visto por outros membros, fugindo aos objetivos explícitos do grupo. Algumas dessas publicações (com foto), entretanto, podem acontecer quando a finalidade é apresentar-se, compartilhar experiências e elevar a autoestima das outras pessoas. Mesmo com isso, recentemente, surgiu uma publicação da moderação para facilitar relacionamentos, em que a pessoa podia colocar sua foto, descrever o perfil de quem desejava encontrar e expor sua orientação sexual. As mensagens entre as pessoas interessadas deveriam ser enviadas pelo *inbox* (caixa de mensagem do *Facebook*). Dias depois, a moderação fez outra publicação, apontando que era fruto de reivindicação de heterossexuais e bissexuais para facilitar seus relacionamentos. Entendo que isto tenha acontecido, principalmente por ser um grupo onde quem mais interage são homens gays. Isso vai aparecer com mais detalhe nas diversas narrativas deste trabalho.

Atualmente, esse grupo agrega pessoas vivendo e convivendo com HIV/aids de diferentes idades, com cerca de 1770 membros de todo o território nacional, incluindo algumas pessoas de outros países. Nele, encontrei as jovens que se interessaram em participar da minha pesquisa nos momentos em que eu me apresentei¹¹, ou mesmo quando elas se apresentavam e eu as convidava para conversar comigo - outra estratégia utilizada por mim.

Por observar que tanto o *site* UOL como os grupos do *Facebook* em que eu estava inserida não eram espaços nos quais as mulheres jovens vivendo com HIV/aids faziam uso explícito para relacionamentos afetivos (no sentido de namoro ou relacionamento amoroso) e sexuais, a dissertação foi tomando outros contornos.

¹¹ É comum e desejável pelas regras do grupo que após entrar nele a pessoa se apresente.

3.2. O TRABALHO DE CAMPO

Durante o desenvolvimento desta dissertação, pude acompanhar a vida e o cotidiano de jovens soropositivas, na medida em que, mesmo que eu quisesse saber sobre seus relacionamentos, outros assuntos atravessavam nossas conversas, não somente sobre a vida delas, mas sobre a minha. Assim, por diversos momentos, fui/era convocada a falar de mim. Mesmo focando nas parcerias amorosas e sexuais pude perceber o quanto o HIV/aids é transversal à vida delas.

Neste período, me deparei com uma extrema dificuldade: encontrar jovens vivendo com HIV/aids que estivessem dispostas a conversar comigo. Entre idas e vindas no mundo virtual, fiz contato e conheci diversas pessoas que foram “pontes” para que eu pudesse conhecer possíveis interlocutoras. Entretanto, não foi incomum receber negativas quando o assunto era participar deste meu trabalho.

Percebi que ser HIV negativa era empecilho tanto para entrar em grupos do *Whatsapp*, aplicativo de conversação, onde é possível trocar mensagens instantâneas, assim como vídeos, fotos e áudios, como para começar uma interação. Houve momentos em que, ao responder a uma jovem que não tinha o vírus, ali se encerrava a conversa. Entretanto, outras vezes isso não foi obstáculo.

Por outro lado, no decorrer da pesquisa encontrei mulheres que se ofereceram para conversar comigo, e assim o fizemos, mesmo que estivessem fora dos critérios postos para o trabalho. Uma delas quis participar, pois com 34 anos se considerava “jovem”, o que levanta a problemática sobre o que caracteriza o ser “jovem” atualmente, não sendo possível ser fixado à faixa etária (BUCHOLTZ, 2002) e nem como uma vivência homogênea, afinal é influenciado por diversos aspectos sociais: como gênero, raça, classe social, entre outros (NOVAES, 2006; AQUINO, 2009; SOUZA E PAIVA, 2012). De qualquer modo, neste trabalho, priorizei as narrativas das jovens que estavam dentro dos critérios anteriormente definidos, ou seja, com idade entre 18 a 30 anos no início das interações.

Após inserção nos grupos e aceitação das jovens do RM, comecei efetivamente as conversas no mês de junho de 2016, já com aprovação do projeto maior “Sociabilidades de jovens vivendo com HIV/AIDS: os novos discursos biomédicos e seu impacto nas relações afetivo-sexuais” no comitê de ética do Instituto de Saúde Coletiva (UFBA). Foi diferente o modo como as interações começaram, mesmo todas já

sabendo desde o início os objetivos do meu trabalho. Com algumas, levei semanas e até meses para que chegássemos ao ponto principal da pesquisa (seus relacionamentos afetivo-sexuais), o que conferiu um tempo de conversa diferente, não somente por isso, mas também pela própria dinâmica do recurso utilizado para a conversação.

De modo geral, em estudos de base etnográfica, empregam-se tanto a observação participante quanto entrevistas, que podem ser caracterizadas como uma conversa entre dois ou mais interlocutores, a fim de obter informações a respeito do objeto de uma pesquisa (MINAYO, 2013). No que se refere à observação participante, ela pode ter ou não uma estruturação quanto ao roteiro do que irá ser observado, e é definida por Minayo (2013) como o modo em que o/a pesquisador/a se posiciona como observador/a em uma circunstância, de modo a produzir uma investigação científica. Para tal apreensão na observação, faz-se uso do diário de campo, no qual, de modo geral, são escritas informações e impressões do campo que não estão contidas nas entrevistas (MINAYO, 2013). Desta forma, registrei diversas observações, e algumas delas estão descritas no decorrer deste trabalho.

Assim, para a realização desse estudo, empreguei a técnica da entrevista semiestruturada, com alguns tópicos¹² que orientaram a conversa/entrevista (ANEXO I), de modo a favorecer a manutenção do objetivo da conversa e possibilitar que as mulheres jovens vivendo com HIV/aids produzissem narrativas (*online*) sobre seus envolvimento afetivo-sexuais. A utilização desse roteiro teve também o objetivo de preencher algumas lacunas da pesquisa anterior com mulheres jovens. Segundo Squire (2014), de modo amplo, narrativa implica signos, os quais “se movimentam temporalmente, causalmente ou de alguma outra forma socioculturalmente reconhecível e que, por operarem com a particularidade e não com a generalidade, não são redutíveis a teorias” (p. 273). Para ela, as histórias não são universais, valendo-se de fatores simbólicos, que são sociais, culturais e históricos (SQUIRE, 2014).

Castellanos (2014), ao situar as narrativas nas pesquisas em saúde, indica que elas se caracterizam por uma ordenação de modo sequencial das ações e eventos, tanto quanto pela configuração dos personagens e dos cenários, onde as ações e eventos “são agenciados, colocando em causa a sua relação com os contextos diegéticos (espaços

¹² Roteiro adaptado da pesquisa “Sociabilidades de jovens vivendo com HIV/aids: repercussões e efeitos da soroidentidade”. Destaca-se que esses tópicos não foram utilizados ou seguidos de forma fixa ou rígida, respeitando-se a fluidez e dinâmica da interação online. Alguns desses pontos podiam surgir ou se desenvolver ao longo de um relato específico em um encontro/conversa.

narrativamente estruturados ou internos à narrativa); pelo enredamento desses elementos em histórias (que conformam um todo ou um universo temporal diegético)” (p.1071).

Para o estabelecimento da interação com mulheres jovens vivendo com HIV/aids, bem como registro e análise das histórias sobre seus relacionamentos afetivo-sexuais, houve emprego de ferramentas de conversação do *Facebook* (o *Messenger*)¹³ e do aplicativo *WhatsApp*. Este último foi, predominantemente, usado para as interações.

Por conta desses recursos para a produção das histórias, no decorrer desta dissertação será possível observar, em alguns momentos, uma linguagem própria da internet, que foi preservada para contar as histórias e a forma como as jovens escreviam. Entretanto, em alguns momentos, recebi seus áudios ao contarem ou desenvolverem algum relato/história. Para esses momentos, precisei realizar a transcrição.

Minha “retirada do campo” aconteceu após eu perceber que havia material suficiente para escrever este estudo. Assim, passei a frequentar menos os grupos e diminuir o ritmo de conversa com as interlocutoras, afinal eu precisava me distanciar um pouco desse universo para as análises. Neste momento, eu expliquei para elas a situação de que estava no momento de escrita desta dissertação, mas sempre recebo mensagens sobre a minha ausência, principalmente perguntando sobre a finalização deste trabalho.

3.3 MINHAS INTERLOCUTORAS

Todas as participantes (com informações descritas na tabela 1 e 2) deste trabalho fazem parte do grupo do *Facebook*, o RM, sendo lá o local no qual as encontrei e fiz os primeiros contatos, com exceção de uma que, mesmo já fazendo parte do grupo, já havia participado da pesquisa anterior¹⁴, e então retomei o contato através de outro pesquisador.

As narrativas são construídas por mulheres jovens vivendo com HIV/aids, entre 18 e 30 anos, as quais já tiveram algum tipo de relacionamento, incluindo o “ficar”, que aceitaram participar voluntariamente da pesquisa e forneceram o consentimento para tal, por e-mail, autorizando o uso das histórias. Ressalto que não houve diferenciação na

¹³ Aplicativo do *Facebook* que permite conversar com os/as amigos/as da citada rede social.

¹⁴ “Sociabilidades de jovens vivendo com HIV/aids: repercussões e efeitos da soroidentidade”.

escolha das interlocutoras no que tange a ser soropositiva e ter ou não os sintomas da aids, mesmo reconhecendo a diferença entre as duas coisas. Considerei também importante apresentar as narrativas das jovens de diversas orientações sexuais, de modo a possibilitar conhecer as diferentes vivências afetivas e sexuais. Como já sinalizado neste trabalho, é heterogênea a delimitação etária para a juventude e com isso, a fixação de idades aqui buscou abarcar diferentes formas de vivenciar a juventude por mulheres jovens vivendo com HIV/aids. Sobre a idade de 18 anos, levou-se em consideração aspectos éticos sobre o consentimento para a participação na pesquisa. Com isso, entre as recusas, negativas, aceitações e interrupções, apresento-lhes as interlocutoras deste trabalho.

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico das interlocutoras

Nome	Idade	Status de relacionamento	Raça/cor	Escolaridade	Religião
Azaléia	21	Namorando	Branca	Superior incompleto (Direito)	Candomblé
Dália	21	Solteira	Branca	Cursando Pedagogia	Evangélica – Igreja do Evangelho quadrangular
Dente de leão	28	Solteira	Branca	Cursando Psicologia	Católica
Ipê	20	Solteira	Negra	Ensino Fundamental	Cristã
Iris	19	Solteira	Mestiça	Cursando Ciências Sociais	Cristã – Igreja Batista
Rosa	24	Namorando	Negra	Cursando Psicologia	Kardecista
Sálvia	26	Casada	Branca	Formada em Engenharia de Produção	Católica
Tulipa	31 ¹⁵	Morando com o companheiro	Mestiça	Superior incompleto	Candomblé

¹⁵ Quando participou da pesquisa anterior “Sociabilidades de jovens vivendo com HIV/aids: repercussões e efeitos da soroidentidade” tinha 30 anos.

Tabela 2 – Perfil sociodemográfico das interlocutoras (continuação)

Nome	Trabalho/ocupação	Tempo de diagnóstico	Orientação sexual	Tipo de infecção
Azaléia	Desempregada	02 anos	Lésbica	Tatuagem
Dália	Estuda e é estagiária em uma creche	17 anos	Heterossexual	Vertical
Dente de leão	Assistente Comercial	02 anos e meio	Heterossexual	Sexual
Ipê	Corretora e promotora de eventos	03 anos	Heterossexual	Sexual
Iris	Estudante	10 anos	Heterossexual	Vertical
Rosa	Estudante	22 anos	Bissexual	Vertical
Sálvia	Empresária. Trabalha na própria empresa de Engenharia	06 anos	Heterossexual	Sexual
Tulipa	Autônoma. Trabalho com vendas	12 anos	Heterossexual	Sexual

3.3.1. Síntese Biográfica

Para entendermos de que lugar falam as interlocutoras desta dissertação, apresento, nesta seção, uma síntese biográfica de cada uma delas, com algumas informações sociodemográficas (autorreferidas), tais como: idade, estado civil, local de moradia, raça/cor, escolaridade, religião, atividade ocupacional/trabalho, com quem mora, tempo de diagnóstico, orientação sexual, forma de infecção e sobre uso da terapia antirretroviral. Além disso, descrevo como se deram os primeiros contatos com cada uma delas. Há ainda informes sobre as respectivas relações sociais: família, trabalho/estudo, amigos e sobre os relacionamentos afetivos e sexuais. Haverá, nesta dissertação, uma seção específica para descrevê-los.

Antes de apresentá-las, destaco que será possível observar, a seguir, que tenho mais informações de umas que de outras. Isto aconteceu, principalmente, pelo modo como as relações entre mim e cada uma delas foram estabelecidas e desenvolvidas, e não necessariamente pelo tempo de conversa. Com algumas eu consegui ter maior abertura para diversos assuntos, inclusive que fugia ao escopo deste trabalho, enquanto para outras, a comunicação parecia não acontecer com tanta fluidez, o que, de alguma forma, dificultou as conversas e o estabelecimento do próprio vínculo. Mas reconheço a

dificuldade que é dialogar por meses, contando acerca de algo, da vida delas, que é mantido em sigilo.

Após essa ressalva, apresento as jovens mulheres interlocutoras: Azaleia, Dália, Dente De Leão, Ipê, Iris, Rosa, Sálvia e Tulipa, as quais, diante de todos os segredos que guardam, aceitaram falar comigo sobre diversos aspectos das suas vidas, entre eles suas trajetórias afetivo-sexuais. Os nomes são fictícios a fim de resguardar o anonimato de todas elas; e nos trechos das narrativas, mantive a escrita original das interlocutoras.

AZALEIA

Tem 21 anos, branca, lésbica (mesmo já namorando meninos). Está noiva e namora a mesma pessoa há cinco anos. Tem superior incompleto em Direito e disse que queria fazer Psicologia “*pra [para] ajudar as pessoas com o piscicologico [psicológico]*¹⁶”, mas “*eu já[já] sou uma piscicologa [Psicóloga]. Eu falo muito com pessoas e ajudo*”. Isto, a meu ver, tem relação com a posição que ela disse ocupar em grupos e atividades relacionadas ao HIV/aids, que será descrita no decurso das próximas seções. Ela é adepta ao Candomblé e, atualmente, encontra-se sem vínculo empregatício, “*mas trabalho com meu pai na nossa religiao [religião] de candoblê [candomblé] [...] Entao [Então] meu dever é cuidar das coisas da religião*”. Sua infecção foi via tatuagem e descobriu o seu diagnóstico há dois anos.

Nasceu em uma capital da região Sul do Brasil, mas mora em outra de um estado do Norte do país com seu pai de santo. A mudança de cidade se deu por conta da morte da sua mãe por câncer, que faleceu no dia de seu aniversário de 15 anos, por isso ela foi morar com uma tia, que também morreu devido a um câncer, quando ela tinha 17 anos. Azaleia afirmou que, como já estava namorando, ficou na cidade: “*então eu já namorava a moça que estou e fiquei por aqui mesmo*”. Ela foi discriminada e rejeitada por toda a família, que falou do diagnóstico dela para todo o bairro e escola. Em vista disso, atualmente ela só tem contato com um irmão, uma irmã, a sobrinha e com o pai (biólogo), que já a rejeitou, mas que ela o perdoou, e hoje eles têm contato via

¹⁶ Utilizo esse recurso ao longo desta dissertação, usar parênteses dentro dos trechos narrados, para explicar sobre algo que permita a quem ler entender melhor o fragmento, ou esclarecer sobre o que foi escrito (quando não estiver em *itálico*). Fiz isso considerando que as narrativas foram produzidas pela internet, o que lhes confere, em alguns momentos e para algumas jovens, uma escrita própria a esse ambiente *online*.

Whatsapp. Sobre sua sorologia, “*So [Só] quem sabe aqui onde moro é meu pai dr [de] santo mesmo assim [assim] ainda sinto preconceito*”.

Disse não ter amigos, pois aqueles que se diziam ser, assim foram, até descobrirem sobre seu diagnóstico, e aqueles que têm hoje são “*pessoas especiais*”, que conheceu durante o tratamento, “*sao [são] pessoas que vivem o [a] mesma rotina que eu, sentem o mesmo que eu, pensam como eu e agem como eu. E sao [são] verdadeiros humanos cheios de simplicidade e amor ao próximo assim como eu. Ao ponto de dar a cara a tapa e se espor [expor] pra acabar com esse preconceitp [preconceito] disnessecario [desnecessário]*”.

Após um período sem utilizar a TARV, devido à perda de um amigo, o que a abalou muito, atualmente faz uso escondido da terapia para manter o sigilo do diagnóstico, por conta do preconceito: “*eles são [são] preconceituosos ao ponto de me expulsarem e como eu preciso de um ligat [lugar] p [para] morar escondo*”. Nossas conversas se iniciaram no mês de setembro de 2016 após ela se apresentar no grupo¹⁷ do Facebook do qual participamos.

DÁLIA

Tem 21 anos, branca, heterossexual, solteira, nunca namorou nem teve relações sexuais. Cursa o 4º semestre de Pedagogia e é estagiária em uma Creche, onde disse ser bem acolhida e receber apoio de todos. É evangélica e frequenta a Igreja do Evangelho. A sua forma de infecção ocorreu por transmissão vertical e seu diagnóstico descoberto quando ela tinha três anos de idade, mas ela soube da sua sorologia aos 14. Todas as pessoas da sua convivência sabem que ela vive com HIV, não existindo, atualmente, sigilo quanto a isso em sua vida.

Nasceu e mora em uma cidade do interior de São Paulo com os pais adotivos e avó. A sua mãe biológica faleceu por conta da aids, quando ela tinha três anos. Naquele momento sua avó materna levou apenas seu irmão para morar na Bahia. Dália disse que seu pai (biológico), o qual mora na mesma cidade que ela, como era bem mais velho e também soropositivo, não teve como acompanhá-la no seu cuidado, e ninguém da família biológica quis ficar com ela por conta da doença: “*ngm [ninguém] queria essa responsabilidade*”, mesmo sendo uma família grande, com a avó materna tendo catorze

¹⁷ Denominarei este grupo no decorrer desta dissertação como “grupo RM”.

filhos e a paterna nove filhos. Em função disso, ela foi adotada por um casal, que a havia conhecido, *“e no tempo que minha mãe ficou acamada toda minha família se negou a ajuda-la [ajudá-la] nem a visitava, apenas uma tia dela que ajudou!”*.

Dália tem irmãos, todos mais velhos, sendo um irmão por parte de mãe, dois de criação e cinco por parte de pai. Dentre estes, a maioria não a aceita ou não fala com ela, mas recentemente ela se aproximou de dois deles. Em relação à família adotiva, disse que se dá bem com o pai, tios, tias, primos, seus irmãos, sendo *“o xodó da família”*, mas não com a mãe adotiva com quem possui uma relação conflituosa: *“ela não aceita nada, ela sempre esta [está] certa e o resto do mundo errado”*. Ela não permite que Dália saia com amigos, ou, quando isso acontece, liga muitas vezes. Tem uma relação boa com amigos e é muito querida por eles.

Já teve diversos problemas de saúde decorrentes do HIV e da TARV (terapia antirretroviral). Atualmente, faz uso de seis comprimidos pela manhã e seis à noite, tendo problemas sempre que a resistência baixa, disse que já está acostumada e toma *“de boa”*. Já utilizou diversos esquemas da TARV, se adaptando a este último, considerado pela médica como o último possível para ela sobreviver. Seu problema com a TARV ocorreu devido às falhas, pois ela já parou duas vezes de tomar: *“a primeira foi logo quando descobri minha sorologia, aí parei e não comuniquei a ngm [ninguém]”*, e a segunda *“foi quando tomava um injetável e era difícil tomar esse aí acabei falhando muito”* (entre 18 e 19 anos).

Ela disse que muitas das suas lembranças foram bloqueadas até os seis anos, e o que sabe sobre esse período foi o que contaram para ela. Iniciamos o contato no mês de Janeiro de 2016 através de grupo do *Facebook* para pessoas vivendo e convivendo com HIV/aids e que já foi excluído, mas começamos efetivamente nossas conversas no mês de Junho de 2016. Ao contactá-la sobre meu trabalho, ela respondeu: *“então não sei se vou poder te ajudar muito já que não tinha vida sexual ativa. Na vdd [verdade] ainda sou virgem!”*.

DENTE DE LEÃO

Tem 28 anos, branca, heterossexual e solteira. É estudante de Psicologia e Católica. Atualmente, trabalha como assistente comercial e mora na região Centro-Oeste do país. Tem um filho de nove anos, o qual mora com a sua mãe em outro município Sua

infecção foi através de relação sexual com o ex-namorado e descobriu o diagnóstico há dois anos e meio.

Atualmente, mora com colegas, que não sabem sobre sua sorologia. Sua família, ao ter conhecimento do seu diagnóstico, ficou “*meio tristes*” e “*houve uma certa preocupação, demais, de não usar mesmo talher, bucha de banho, toalha, beber no mesmo canudo*”. Com isso, “*ficava triste*” e “*me sentia um bicho*”. Mas hoje estão bem, a mãe mais tranquila, e não tocam mais no assunto: “*Eu disse pra não ficarem me olhando e nem me tratando como doente Pq [porque] eu não estva [estava]*”.

Disse que o contato com o pai é só para o necessário, já que a namorada dele não gosta dos seus filhos, assim ela convive mais com a mãe, que é quem a ajuda bastante, inclusive que a apoiou a fazer parte da minha dissertação. Dente de Leão foi uma interlocutora com a qual eu tive de interromper a pesquisa, após mais ou menos um mês de conversa, pois ela verbalizou que não queria mais falar sobre o assunto do HIV comigo. Portanto, não sendo possível aprofundar alguns aspectos da sua vida e nem saber sobre tantos outros. Disse que aceitou participar, porque queria me ajudar, mas que não estava lhe fazendo bem, por isso ela preferia não mais continuar, o que foi respeitado. Retomei o contato dias depois para saber sobre ela, como fiz com todas as interlocutoras, mas não obtive resposta às minhas mensagens.

Após publicar no grupo RM apresentando-se, entrei em contato com ela no mês de Novembro, para falar sobre meu trabalho. Ela aceitou, e, a partir daí, passamos a conversar pelo *Whatsapp*.

IPÊ

Tem 20 anos, negra, heterossexual e solteira. Estudou até o ensino fundamental e, atualmente, trabalha como corretora, alugando chácara, e é promotora de eventos. Considera-se Cristã e descobriu o diagnóstico há três anos, sua infecção foi por via sexual, através de seu namorado da época.

Já foi casada, mas atualmente mora com a mãe e o irmão mais novo no interior do Nordeste, que sabem sobre sua sorologia e a apoiam. Disse não querer contar para outras pessoas da família e nem para amigos. Ainda não faz uso da TARV, porque “*não me acho preparada ainda. Tenho medo dos efeitos*”. Após sua publicação se

apresentando no grupo RM, no mês de outubro de 2016 enviei para ela uma mensagem me apresentando e falando sobre meu trabalho. Ela então respondeu: *“seria muito bom conversar contigo. Acho que preciso me livrar de tanto trauma e pensamentos negativos”*. Assim, trocamos nossos contatos do *Whatsapp*, expliquei sobre a pesquisa e começamos a conversar.

IRIS

Tem 19 anos, mestiça, heterossexual, solteira. É estudante e cursa Ciências Sociais. É Cristã e frequenta a Igreja Batista. Já namorou, mas nunca teve relações sexuais. Sua transmissão foi vertical e descobriu acerca do seu diagnóstico com nove anos, em 2006, quando um tio notou que ela estava perdendo a força, ao pedir que ela segurasse uma laranja, e então foi levada ao hospital.

Seu pai faleceu em 2004, com 44 anos, e sua mãe em 2007, aos 36. Esta não chegou a receber o diagnóstico de HIV, morreu após uma internação por conta de uma ferida no colo do útero. Iris tem dois irmãos, sendo a intermediária e a única a ter o vírus: *“ambos [PAI E A MÃE] não sabiam que haviam contraído, e msm [mesmo] fazendo o pré-natal, não foram pedidos exames para HIV”*. Ela, atualmente, mora em uma cidade do interior do Rio de Janeiro com os tios. Disse ter relação conflituosa com a tia devido a divergências religiosas: *“eu e minha tia batemos mt [muito] de frente devido a divergencia [divergência] de princípios religiosos. Ela é uma pessoa mt [muito] religiosa! Isso faz com que haja alguns conflitos. Dai o pq [porquê] de eu querer sair [sair] da casa deles”*. Por outro lado, tem uma relação *“maleável”* com seu *“tio de sangue”*, que não é religioso.

Informou que, no que se refere ao seu tratamento, a família é tranquila e a trata com naturalidade, mas indica que foi rejeitada pela madrinha, com quem, hoje, não tem muito contato. Apenas alguns amigos e familiares têm conhecimento sobre seu diagnóstico, e, atualmente, está fazendo uso da TARV.

Começamos a conversar no mês de Julho de 2016, também após ela se apresentar no grupo RM, inicialmente pelo *Whatsapp*, depois *Messenger* (já que ela havia tido problemas com o celular), e depois retornamos a conversar pelo *Whatsapp*.

ROSA

Tem 24 anos, negra, bissexual, namorando (seu segundo relacionamento desde que começamos a conversar). Já se relacionou com meninos, entretanto só teve relações sexuais com mulheres e se considera demisssexual, que *“não eh [é] uma "definição" nova [...] precisa de um vínculo que pode demorar um certo tempo. Não consigo por ex [exemplo] sair e olhar a pessoa e já beijar do nada, ao menos preciso conversar (conhecer minimamente)”*.

É ativista, estudante do curso de Psicologia e Kardecista. Sua infecção foi por transmissão vertical. Descobriram sobre sua sorologia quando ela tinha dois anos de idade com o adoecimento do pai, e ela ficou sabendo do próprio diagnóstico aos nove anos. Tem uma irmã mais velha, que não tem o vírus. Seus pais biológicos faleceram por conta da aids e ela foi adotada pelo irmão biológico do seu pai.

Mora com os tios, que considera como pai e mãe, e a irmã em uma capital de um estado do Sudeste do Brasil. Considera que é apoiada por eles em diversos aspectos, os quais cuidam e se preocupam com a saúde dela. Sua sorologia é aberta e atualmente faz uso dos antirretrovirais. Tem relação de amizade com pessoas da faculdade e da Rede de Jovem vivendo com HIV/aids do Rio de Janeiro.

Contactamo-nos, pela primeira vez, em dezembro de 2015. Na época, fazíamos parte do grupo de *Facebook* que foi excluído. Após eu publicar minha apresentação lá, ela disse: *“fico a disposição para compartilhar minha história para compor sua pesquisa...*estudo”*. Após a exclusão do grupo anterior e inserção no grupo atual (RM), fiz contato novamente com ela, em junho de 2016, solicitando autorização para falar da minha pesquisa no RM. Ela então autorizou e aceitou conversar comigo.

SÁLVIA

Tem 26 anos, branca, heterossexual e casada. É formada em Engenharia de Produção e empresária, trabalha na própria empresa de Engenharia. Considera-se Católica, mas apenas assiste as missas.

Sua infecção foi através de relação sexual com o ex-namorado e descobriu o seu diagnóstico em 2010. Mora, atualmente, no interior de Santa Catarina com o namorado, a sogra, o cunhado e cachorros. Destes, apenas o atual parceiro sabe do seu diagnóstico,

assim como sua mãe, que dá todo apoio, ajudando-a nos acompanhamentos e na busca das medicações quando ela não pode ir.

Tem três irmãos biológicos, que, assim como seu pai, não sabem sobre sua sorologia. Ela afirmou que não conta ao pai por este ter problema de saúde e não quer que ele se preocupe com ela e em relação a outras pessoas. Diz nunca ter pensado em contar sobre o assunto. Faz uso da TARV três vezes ao dia.

Após se apresentar no grupo RM, eu fiz contato com ela pelo *Messenger* me apresentando e falando sobre minha pesquisa. Ela então aceitou participar e começamos nossas conversas em Julho de 2016.

TULIPA

Tem 31 anos, mas na pesquisa anterior¹⁸, quando as conversas com ela se iniciaram, estava com 30 anos. É heterossexual e estava solteira no início da pesquisa, mas começou a namorar e agora mora junto com o companheiro. É mestiça, vive no interior da Bahia e é adepta ao candomblé. Tem o superior incompleto e atualmente é autônoma e trabalha com vendas.

Sua infecção foi por relação sexual com um ex-namorado. Descobriu o seu diagnóstico em 2004, há 16 anos, na gravidez do segundo filho, que mora com o pai. Afirmou que alguns amigos sabem do seu diagnóstico e a apoiam, *“e minha família [família] me condenou muito no inicio, hj [hoje] em dia o pior passou mas minha condição eh [é] tabu. ninguem [ninguém] gosta de falar muito sobre isso”*.

Atualmente faz uso dos medicamentos para o HIV. Como já dito, Tulipa já havia participado da pesquisa anterior e, ao começar minha dissertação, retomei o contato para poder aprofundar algumas questões. Ela foi a única interlocutora com a qual houve contato pessoalmente, quando estivemos juntas em um encontro estadual de um movimento de mulheres soropositivas, que ela participou e me convidou para ir.

Com essas biografias, é possível, mesmo de modo simplificado, contextualizar as diferentes realidades das interlocutoras, desde informação sobre regiões onde reside,

¹⁸ “Sociabilidades de jovens vivendo com HIV/aids: repercussões e efeitos da soroidentidade”.

condição financeira e educacional, bem como acerca das relações com família e amigos e sobre meus contatos iniciais com elas.

3.4 ANÁLISES DAS NARRATIVAS

A reconstrução e análise das narrativas se deu a partir de uma leitura exploratória das entrevistas e relatos produzidos, com a posterior categorização do material, utilizando como auxílio o programa *QSR NVivo*, software que auxilia na organização e análise de dados qualitativos, como entrevistas.

Ela foi pautada pela perspectiva construcionista, com foco nas práticas discursivas em torno da produção de sentidos. Práticas discursivas são os modos pelos quais as pessoas, mediante a linguagem, produzem sentidos e se posicionam nas relações sociais do cotidiano (SPINK, 2010; SPINK e MEDRADO, 2013). Nesta direção, esse conceito refere-se às ressignificações, às rupturas, à produção de sentido, isto é, é a circunstância do uso ativo da linguagem (SPINK e MEDRADO, 2013).

Por sua vez, produção de sentido é uma prática social, que acarreta o uso da linguagem, sendo assim, um fenômeno sociolinguístico, já que a linguagem é alicerce para as práticas sociais que geram sentido. Sentido este que é produzido pelas contingências culturais e sociais (SPINK e GIMENEZ, 1994), ou seja, é formado através da interação, na qual as pessoas usam termos por meio dos quais irá entender e lidar com as situações e fenômenos da vida, situados de forma histórica, social e culturalmente (SPINK, 2010). Além disso, a produção de sentido buscou entender as práticas discursivas (narrativas, por exemplo) que permeiam o cotidiano e também os repertórios empregados nessas produções (SPINK e MEDRADO, 2013). Esses “repertórios interpretativos” são os termos, as figuras de linguagem, descrições que fixam as construções discursivas a partir do contexto em que as práticas são geradas (SPINK e MEDRADO, 2013).

A linguagem como prática social (SPINK, 2010; SPINK e FREZZA, 2013) considera tanto seus elementos performáticos (quando, de que modo, entre outros), quanto as circunstâncias em que é produzida; nesse sentido, o contexto social, interacional e construções históricas (SPINK, 2010). Aqui, tornando-se importante as mediações materiais e tecnológicas na produção de sentidos. Assim, é indispensável compreender as circunstâncias discursivas a partir do *tempo longo*, que assinala

elementos culturais; o *tempo vivido*, as linguagens sociais apropriadas pela socialização; e o *tempo curto*, que é relacionado aos processos dialógicos (SPINK e MEDRADO, 2013).

Na reconstrução das narrativas dei ênfase não somente aos padrões discursivos, mas também às particularidades discursivas, às “exceções” e “rupturas” das narrativas (SQUIRE, 2014), assim como a não regularidade e a polissemia dessas práticas discursivas (SPINK e MEDRADO, 2013) em torno do HIV/aids. Tal constatação permite o trânsito das pessoas por diversos contextos, assim como vivenciar diferentes situações (SPINK e MEDRADO, 2013).

Ainda que a construção das narrativas nas interações com as interlocutoras não tenha seguido uma linearidade cronológica, já que diversos assuntos surgiam e, inclusive, em alguns momentos fugiam ao objetivo da pesquisa, procurei com bastante esforço organizá-las de modo que fosse possível compreender as diferentes trajetórias. Por conta disso, as histórias apresentadas são recortes de momentos das trajetórias afetivas e sexuais das minhas interlocutoras.

3.5. ASPECTOS ÉTICOS

O projeto maior “Sociabilidades de jovens vivendo com HIV/aids: repercussões e efeitos da soroidentidade” foi submetido e aprovado pelo comitê de ética da Escola de Enfermagem da UFBA com o parecer de número 194.312. Para a continuação da pesquisa, o projeto “Sociabilidades de jovens vivendo com HIV/AIDS: os novos discursos biomédicos e seu impacto nas relações afetivo-sexuais”, da qual esta pesquisa faz parte, já foi submetido e aprovado pelo comitê de ética do Instituto de Saúde Coletiva (UFBA), com o parecer de número 1.684.862, com o intuito de respeitar os preceitos da resolução 466/12, e ambos têm a coordenação do professor Luis Augusto Vasconcelos da Silva. No que se referem às participantes da pesquisa, elas tiveram acesso ao termo de consentimento livre esclarecido (ANEXO II), adaptado na forma de uma mensagem online, a partir do qual forneceram seu consentimento através do envio de e-mail autorizando a utilização das histórias ou relatos produzidos nas conversas (entrevistas) online. Destaco, ainda, que algumas informações acerca das histórias das interlocutoras foram ocultadas de modo a preservar ao máximo o sigilo de suas identidades.

4. SABENDO SOBRE O HIV/AIDS

As formas de infecção pelo HIV das interlocutoras deste trabalho foram diferentes: por transmissão vertical, por relações sexuais e por conta de realização de tatuagem, o que me espantou, afinal não é comum eu conhecer pessoas que têm o vírus devido a este tipo de transmissão e os dados epidemiológicos indicam que pessoas do sexo¹⁹ feminino com mais de 13 anos de idade ou mais têm como principal via de transmissão a sexual - categoria de exposição heterossexual (BRASIL, 2016).

“Eu e mais um amigo fomos a um tatuador fazer uma tatooo [tatuagem] eu detiquei [dediquei] a ele e ele a mim... Mas não [não] sabíamos [sabíamos] que o tatuador tonha [tinha] hiv e estava pertubado [perturbado] (Azaleia, 21 anos, branca, lésbica, transmissão por tatuagem).

Há, neste trabalho, jovens que foram infectadas por conta da transmissão vertical. Para Dália, “qdo [quando] ainda estava no ventre da minha mãe”. Já Rosa não sabe em que momento específico, e Iris narra como seu pai transmitiu o vírus para sua mãe.

“Bem minha infecção foi via transmissão vertical, não sei se pela gestação ou amamentação... Minha irmã não se infectou, tanto que se acredita que a infecção aconteceu após o nascimento dela” (Rosa, 24 anos, negra, bissexual, transmissão vertical).

“Meu pai, como um bom jovem e cheio de vigor, levou a vida sem muitas preocupações e compromissos. Já minha mãe foi educada para ser "bela, recatada e do lar". Seguindo esse padrão de cultura historicamente machista, meu pai foi o único relacionamento da minha mãe, já ele, levou a vida de solteiro para o casamento. Depois da união, meu pai sempre ia a praia nos períodos de férias à trabalho(ou não), deixando sua mulher grávida em casa.” (Iris, 19 anos, mestiça, heterossexual, transmissão vertical).

¹⁹ Termo usado pelo Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde.

A partir deste último fragmento narrado por Iris, revela-se como historicamente as iniquidades de gênero têm influenciado a infecção de mulheres ao longo da história do HIV e da aids (BARBOSA, 1999; PARKER e CAMARGO JR, 2000; SANTOS E IRIART, 2007; TAQUETTE, 2009; GARCIA E SOUZA, 2010).

Outro aspecto a se destacar nas narrativas de Dália, Rosa e Iris, é que, pela idade delas, situo seus nascimentos em um momento da epidemia em que ainda não havia ações efetivas no Brasil para a prevenção da transmissão vertical. O aconselhamento e testagem para o HIV durante a gestação, a administração de antirretrovirais para as gestantes HIV positivo e recém-nascidos e a contra indicação do aleitamento materno nesses casos (BRASIL, 2006) foram intervenções que começaram a ser implementadas a partir de 1997, através da Portaria Técnica Ministerial nº 874/97, publicada em Diário Oficial da União em 04 de julho de 1997. Isso ocorreu após o governo brasileiro, através do Ministério da Saúde, publicar, em 1995, uma norma específica acerca da prevenção da transmissão vertical, que foi estabelecida como uma das prioridades pelo Programa Nacional de DST/Aids (PN-DST/Aids) e que teve como consequência a redução progressiva dos casos esperados de aids em crianças nascidas a partir do ano de 1997 (BRITO et al., 2006).

Outra via de transmissão comum no caso das minhas interlocutoras foi por relações sexuais com os seus respectivos parceiros fixos da época, o que também encontrado no estudo de Ferreira Moura, Lima e Silva (2012) com mulheres que vivem com HIV/aids. No caso de Ipê, ela namorava há seis meses e usava preservativo em algumas relações sexuais. Em um determinado momento, *“ele se recusou a usar [...] Eu tentei”*. O que pode evidenciar uma dificuldade na negociação do uso de preservativo com o parceiro, que está imbricada às relações de gênero estabelecidas em nossa sociedade. Tal constatação foi encontrada em diferentes trabalhos, com jovens americanos vivendo com HIV/aids (FAIR e ALBRIGHT, 2012), com mulheres jovens HIV positivo de Burquina Faso, país africano (OUEDRAOGO, 2013) e com jovens que nasceram com HIV no Brasil (SILVA, 2014).

Com outras jovens que tiveram a transmissão por via sexual, destaca-se também o fato de estarem em relacionamentos considerados estáveis. Esta situação de “estabilidade” pode mobilizar outros elementos que aumentem a vulnerabilidade dessas mulheres:

“Eu conheci meu ex-namorado na faculdade em 2009, nos relacionamos por três meses... e nos afastamos até que no início de 2010, voltamos a conversar pq [por que] ele estava doente e em junho voltamos a namorar e ele me contou e pediu para eu fazer o teste” (Sálvia, 26 anos, branca, heterossexual, transmissão sexual).

“Eu tenho Aids a 11 anos. Me infectei com um cara q conheci na noite... Num bar. Nos atraímos e depois começamos nos envolver. Nos apaixonamos e começamos a namorar. Ele era mais velho q eu 13 anos e ja [já] vivia com Aids ha mais de 10 anos. Mas n [não] consegui me contar”. (Tulipa, 31 anos, mestiça, heterossexual, transmissão sexual).

“Por relação desprotegida, intencionalmente pelo meu namorado na época. Ele sabia que tinha e omitiu [...] No ano de 2014, mais precisamente inicio [início] do ano, comecei a namorar novamente, de inicio [início] uma paixão avassaladora, ele era lindo, amável, me cuidava e demonstrava todo o sentimento que havia por mim. Tivemos nossa primeira experiência [experiência] sexual após 3 meses do inicio do namoro, sem preservativo. E assim, diversas outras” (Dente de Leão, 28 anos, branca, heterossexual, transmissão sexual).

Diante disso, parece-me que, além da ausência de uso de medidas preventivas nas práticas sexuais, o desconhecimento do diagnóstico do parceiro e a relação de confiança estabelecida pelas jovens com seus respectivos namorados, foram elementos que culminaram nas suas infecções. Para Félix (2012), o amor e a “pseudocerteza” da soronegatividade do/a parceiro/a, acarreta o não uso de preservativos e estabelecem-se acordos de fidelidade e monogamia, que, às vezes, não são respeitados; além disso, o discurso monogâmico, amor romântico e confiança vulnerabilizam mulheres jovens.

Destaco este último aspecto, a confiança nos relacionamentos, como elemento importante para a infecção de mulheres, na medida em que parece ser a justificativa para abrirem mão do uso de preservativos em suas relações estáveis (GIACOMOZZI e CAMARGO, 2004; SILVA e VARGENS, 2009; SOUSA e PINHEIRO, 2012). A partir do que me foi narrado, parece que isso aconteceu com as minhas interlocutoras. Além disso, parece existir uma crença de que os companheiros não as colocariam “em risco” (OLTRAMARI e CAMARGO, 2010).

Assim, a forma de infecção do HIV (re) organizou, de diferentes modos, a vida dessas interlocutoras. Algumas passaram desde muito cedo a aprender e a lidar com o vírus; e outras, após já ter iniciado as relações sexuais, passam a viver com a nova condição sorológica e suas consequências.

Ao narrar como souberam sobre “estar com” o HIV e, igualmente, descrever como reagiram ao saber sobre o vírus, minhas interlocutoras contam sobre os diferentes pensamentos, sentimentos e ações que tiveram diante da descoberta do diagnóstico. Azaleia, quando descobre, precisa lidar com a morte do seu amigo, além do desespero devido à infecção, a qual, para ela, ainda é algo tão difícil que, no decorrer das conversas, me pede para não falar mais sobre isso.

“[...] Duz semanas depois, O tatuador se matou e E achamos estranho e proucuramos [procuramos] saber o motivo e discobri [descobri] que ele tinha nos contaminado... Ai fizemos o exame...[...]30 minutos de muito desespero e 10 segundo pra por na minha cabeça a palavra superação... Primeira semana do diagnortico [diagnóstico] eu sonhava e me via tranfigurada [transfigurada]... Meu amigo se matou ele não[não] suportou saber disso e eu fiquei... Mexe muito comigo... Estou emocionada aqui.” (Azaleia, 21 anos, branca, lésbica, transmissão por tatuagem)

No caso das jovens de infecção por via vertical, foi a partir do adoecimento dos respectivos pais e mães que souberam de sua sorologia positiva para o HIV. Para elas, o momento da descoberta se desenrolou a partir, também, de seus processos de adoecimento, como aconteceu com Dália e Iris; inclusive, para a primeira, há em seu histórico de vida uma série de enfermidades referentes ao vírus, e desde o momento em que comecei a conversar com Dália, ela me relatou sucessivas idas ao hospital devido às consequências do HIV.

“Nasci aparentemente normal, já sabiam que tinha o vírus mas nasci bem...Quando eu tinha 7 meses comecei a passar mal, vômito e diarreia e muita febre..Fui levada pro hospital, fiquei 6 meses internada! Depois desse período fui pra casa, alguns meses depois eu comecei a passar mal com os mesmos sintomas, fui novamente pro [para o] hospital mas eu não reagia as medicações, foi então que os médicos disse que tentaria uma

última medicação se eu não reagisse em três dias ele ia fechar o caso e esperar eu falecer...Depois de três dias comecei a reagir, permaneci internada por mais 9 meses... Minha mãe em todo esse tempo esteve ao meu lado. Com isso ela não pode [pôde] se tratar como devia e veio a adoecer mais pra frente... Depois desse tempo que fiquei no hospital o médico disse que eu viveria apenas 10 anos. Quando eu tinha quase 10 anos eu comecei a passar mal, tive anemia, muita febre e minha família entrou em desespero achando que tinha chegado a minha hora..Mas fiquei 45 dias internada, me tratei e venci mais uma!
(Dália, 21 anos, branca, heterossexual, transmissão vertical)

“Minha sorologia foi descoberta eu já tinha uns dois anos, quando meu pai adoeceu. Minha vida é comum, não tenho o comparativo do "antes do HIV". Tive dificuldade com adesão na fase da adolescência, mas não por rebeldia quanto a sorologia e sim por não entende o Pq [porquê] eu precisava de remédio se eu estava bem (não estava doente)... Como havia dito meu pai adoeceu e nesse processo foi descoberta a sorologia da minha mãe e minha..”
(Rosa, 24 anos, negra, bissexual, transmissão vertical)

“Descobri o HIV em 2006, com 9 anos e talvez por falta de maturidade na época não sabia o que isso significava muito bem naquele momento [...] Na infância tive várias crises de pneumonia, mesmo assim nunca desconfiaram que eu pudesse ter o HIV. Meu diagnóstico foi me apresentado depois de um tio notar uma perda de força ao me pedir para segurar uma laranja e me levou ao hospital, onde tive um desmaio no trajeto e só acordei numa maca de emergência do Fundão [...] Meu pai morreu antes da minha mãe. Eu só descobri com a morte dela. Só não, descobri pouco tempo antes dela morrer, com 9 anos. [...] Minha mãe não chegou a receber o diagnóstico de HIV, ela estava com uma ferida no colo do útero, foi internada e não resistiu”
(Iris, 19 anos, mestiça, heterossexual, transmissão vertical).

Para Dália, saber sobre o vírus foi também conhecer sua história de vida, marcada por diversos momentos de superação, desespero e choque pelo medo da morte. Enquanto para Rosa, como ainda não tinha noção do estigma que rodeia o HIV e a aids, descobrir seu diagnóstico parece ter sido um processo tranquilo.

“No começo quando descobri tudo foi mais difícil. Mas hoje encaro melhor tudo isso [...] Então fui descobrindo aos poucos

pois fui investigando... Comecei a descobrir aos 14 anos. Aos 14 descobri minha sorologia... E a partir daí fui investigando pra saber mais sobre minha história. Quando descobri minha sorologia eu não sabia o que era e fui procurar, entrei em choque, achei que ia morrer...Foi quando parei de tomar meus remédios...Então parei com os remédios e isso teve consequência fiquei doente, fui ficando fraca...Até que esse meu pai adotivo resolveu conversar comigo e me explicar sobre a doença. [...] Eu sempre fui muito fechada, não era de conversar com meus familiares então na hora eu fingi que nem estava ligando, que não me importava..Mas depois sozinha eu chorei muito, tinha certeza que eu ia morrer igual a minha mãe...Mas depois de um tempo fui amadurecendo e entendendo mais sobre o assunto e vi que eu podia levar uma vida normal tomando os remédios ... Fiquei vários dias em choque até entender tudo” (Dália, 21 anos, branca, heterossexual, transmissão vertical).

“Descoberta ali quer dizer na verdade quando eu soube que o "bichinho" que eu tinha era o HIV. Na infância havia acompanhamento com psicólogas no hospital que faço tratamento e elas abordavam sobre cuidado com os bichinhos ‘que matavam os soldadinhos’. Lá pros meus 7-9 anos (não lembro exatamente a idade) o bichinho ganhou nome. E soube que o que eu tinha era vírus da Aids... Descoberta não foi nada surreal ou revoltante Pq [porque] eu não tinha conhecimento de que era uma condição tão estigmatizante” (Rosa, 24 anos, negra, bissexual, transmissão vertical).

Desde cedo, jovens infectados por via vertical precisam lidar com o vírus e a rotina de tratamento imposta por ele, mesmo que, por vezes, ainda não tenham completa noção de tudo que permeia esse adoecimento. Interessante notar que o uso do repertório linguístico (SPINK, 2010) “*bichinho*” foi um recurso utilizado pelos adultos para dar sentido ao HIV e ensiná-las sobre algo que elas tinham em seu corpo e os efeitos disso. Tal constatação também foi observada também no estudo de Félix (2012), onde falam do HIV para as/os jovens como “um bichinho no sangue”.

Distintamente a estas jovens, Sálvia, Dente de Leão, Tulipa e Ipê, quando descobriram, já haviam tido relações sexuais e souberam sobre seu diagnóstico a partir das relações amorosas que vivenciavam na época.

“Eu descobri em 2010 e ele me contou e pediu para eu fazer o teste... na hora que eu abri o exame, eu não entendi direito. Guardei ele e abri dois dias depois. Quando eu consegui entender eu fiquei desesperada. Marquei um médico e saí de lá mais desesperada ainda. Eu me acalmei quando fui até o Centro de Aconselhamento e obtive as informações corretas.” (Sálvia, 26 anos, branca, heterossexual, transmissão sexual)

“Quando sintomas começaram [...] Cerca de um mês após, comecei a adoecer repentinamente, dores nas juntas, olhos, falta de apetite, procurei médico e fui tratada como se estivesse com dengue. Emagreci 10kg em cerca de 20 dias. Não havia melhora e não encontravam o motivo pelo qual estava cada vez pior. Quando meu namorado decidiu fazer um check up, pois eu também já estava com essa ideia, os exames dele deram positivo pra HIV [...] me desloquei pra cidade vizinha no dia seguinte, 25-09-2014, fiz em dois laboratórios diferentes, e me deparei com o SAE ao lado de um deles. Fiz o teste rápido, respondi todas as perguntas de praxe que os enfermeiros fazem, foram os 15 minutos mais longos da minha vida, pois enquanto esperava o resultado, a enfermeira foi segurando minha mão e tentando me tranquilizar. Pois já estava previsto. Foi então que ela me deu a notícia, positivo. E eu perguntei: “qual a margem de erro desse teste?”, não veio nada além disso na minha mente. E dolorosamente ela respondeu: “ele não erra, mas você precisa fazer outros exames para confirmação exata”. (Dente de Leão, 28 anos, branca, heterossexual, transmissão sexual)

“Eu tinha 18 anos. Foi em 2004. Tava grávida de 7 meses [SUA SEGUNDA GRAVIDEZ]...Pra mim foi um baque pow [poxa]. [...]Eu sabia q Cazuza e Renato Russo tiveram aids. Q existia. Mas n [não] imaginava q existia tão[tão] perto de mim.” Tulipa, 31 anos, mestiça, heterossexual, transmissão sexual)

“Quando eu descobri já [já] estava casada. 1 mês de casada...Eu acabei que contaminei ele [O EX-MARIDO]. Depois que eu contei a ele .. Ele se recusou a fazer os exames e o tratamento. Então eu me senti muito culpada. [...] Ficamos casados 2 anos...Ele descobriu e não me deixou. Só que a relação era complicada. Ai agora no início do ano nos separamos e desde de então eu to [estou] solteira” (Ipê, 20 anos, negra, heterossexual, transmissão sexual)

Jovens vivendo com HIV/aids que transmitem o vírus ao parceiro podem passar a viver com o sentimento de culpa por tal feito, e isso aconteceu com Ipê. Por conta disto, em um ponto da nossa interação, ela disse que essa era uma história complicada e que não queria contar. Isto deixou algumas lacunas na história, como, por exemplo, a descrição das práticas sexuais do casal após a descoberta.

Para Dente de Leão, a transmissão do vírus pelo ex-namorado foi intencional, uma vez que, segundo ela, ele sabia sobre o vírus e não lhe contou: *“Me senti frustrada, com raiva de mim mesma por confiar”*. Desta forma, a infecção acaba por ser uma traição à confiança depositada no parceiro em uma união estável, assim como apontado no estudo de Wagner e Bosi (2013). Entendo que isso acontece por existir implicitamente um “contrato” de fidelidade, diferente das relações tidas como “casuais”.

Um aspecto da história de Ipê que se aproxima de outras narrativas de PVHA (MOURA, LIMA e SILVA, 2012; SILVA, 2014) é a não aceitação do vírus. Para ela, ter o HIV é algo difícil, que ela já não mais tenta aceitar, simplesmente vive com ele.

“Já desisti de tentar aceitar, eu não aceito. Olha eu queria acreditar que isso vai melhorar, que um dia eu vou aceitar e tal. Mais eu não vou. Eu não aceito ter o vírus. Eu não vou conseguir superar isso. Mais Ta tudo bem” (Ipê, 20 anos, negra, heterossexual, transmissão sexual)

Após a descoberta do vírus, é possível que, para algumas pessoas, a sua vida tenha acabado, e assim acabam tomando decisões por acreditar que não há outras alternativas. Esse sentido de fim da vida, após o diagnóstico, também foi vivenciada por outras mulheres soropositivas (CECHIM e SELLI, 2007), assim como Sálvia e Tulipa, que, por isso, decidem manter-se nos respectivos relacionamentos da época.

“Quando recebi o diagnóstico este namorado [O EX-NAMORADO QUE A INFECTOU] me pediu em casamento, como eu achava que minha vida tinha acabado acabei casando pouco tempo depois.” (Sálvia, 26 anos, branca, heterossexual, transmissão sexual).

“Eu perdoei ele [O EX-NAMORADO] pow [poxa]. Gostava dele e ainda por cima achava na época [época] q[ue] minha

única opção era ficar [ficar] c [com] ele mesmo” (Tulipa, 31 anos, mestiça, heterossexual, transmissão sexual)

Uma questão que se destaca nas narrativas deste trabalho, e presente em diferentes discursos a respeito do viver com HIV/aids, é a ideia de “normalidade” da vida, que também foi verificada em outros estudos com adolescentes e jovens vivendo soropositivos, com infecção por via vertical e horizontal (BRUM et al., 2015; GALANO et al., 2016). Sobre isso, Dália e Rosa, em virtude da transmissão vertical, indicam que, por sempre terem vivido com o vírus, levam uma vida “normal”. Entendo que essa normalidade da vida diz respeito a viver sem que o HIV e suas consequências atrapalhem ou dificultem que essas jovens sigam a vida como outras mulheres que não tem o vírus. Além do mais, não há para elas um comparativo entre o momento em que não tinham e o que passaram a ter o vírus. O que é diferente com Tulipa, que teve infecção já adulta e tem a sua tentativa de viver “normalmente” atrapalhada pelo estigma e pela forma como as pessoas a tratam por conta do vírus.

“Pra [para] mim normal... Não sei como é viver sem o vírus sem essa rotina que é tomar esses remédios e essas idas e vindas ao hospital” [...] Pra [para] mim que já nasci com o vírus, ser soro+[soropositiva] não é nada d+ [demais]. É normal [...] Porque levo a vida tão dboa [em uma boa], tem hrs [horas] que nem lembro que sou soro+ [soropositiva]. É como se eu não tivesse nada... [...] Não sei como é viver sem o vírus sem essa rotina que é tomar esses remédios e essas idas e vindas ao hospital (Dália, 21 anos, branca, heterossexual, transmissão vertical).

“Minha vida é comum, não tenho o comparativo do "antes do HIV". Tive dificuldade com adesão na fase da adolescência, mas não por rebeldia quanto a sorologia e sim por não entende o Pq [por que] eu precisava de remédio se eu estava bem (não estava doente)” (Rosa, 24 anos, negra, bissexual, transmissão vertical).

“Eu tento viver normalmente. Sou bem rigorosa hj [hoje] c o tratamento, n [não] abro mao [mão] de me cuidar. Mas me pesa ter Aids na parte em q isso me estigmatiza e me limita. Na parte q isso eh [é] uma preocupação [preocupação] c[com] os esteriotipos [estereótipos], c[com] as rejeicoes[rejeições]. Eu

me sinto normal sabe, mas n [não] sou tratada assim pelos outros. Eu vivo uma vida comum. To bem de saúde [saúde] atualmente. Estudo, trabalho, namoro, vou a festas. Mas to o tempo todo preocupada c [com] o estigma”(Tulipa, 31 anos, mestiça, heterossexual, transmissão sexual).

A partir disso, Tulipa levanta um aspecto importante ao questionar que o tratamento que se tem hoje para o HIV/aids elucidada, ou tenta elucidar, apenas uma demanda de cunho biológico, não dando conta de outras esferas da vida com HIV.

“Na minha realidade a aids continua sendo mal vista do mesmo modo q a 30 anos atrás [atrás]. O tratamento me faz ter "saude" [saúde] e disfarça minha condição. mas e dai..eu sinto medos diariamente de ser descoberta. e de quem sabe minha condição sofro os piores preconceitos.”(Tulipa, 31 anos, mestiça, heterossexual, transmissão sexual)

Destarte, de modo geral, avanços medicamentosos podem “invisibilizar” esses outros aspectos da epidemia. Assim, a medicalização do HIV, na medida em que foca no tratamento médico, no uso da TARV, pode “deixar para trás” (SQUIRE, 2010) outros elementos ainda tão presente na epidemia do HIV, como o preconceito e estigma.

Diante disso, minhas interlocutoras descreveram os diferentes modos e momentos em que elas receberam o diagnóstico positivo para HIV, mas algo que parece atravessar a maioria das narrativas são as reações que tiveram diante dele. Assim como nos trabalhos de Silva (2014), há relatos sobre os sofrimentos vivenciados tanto quanto os sentimentos de medo, desespero e choque.

Após a descoberta da sorologia e enfrentar suas múltiplas consequências, parece existir um próximo passo nas diferentes trajetórias relatadas nesta dissertação, que concerne ao lidar com o sigilo e/ou revelação do seu diagnóstico para seus parceiros ou parceiras, o que descrevo no capítulo a seguir.

5. DILEMAS E CONSEQUÊNCIAS DO SIGILO E/OU REVELAÇÃO DO DIAGNÓSTICO NAS RELAÇÕES AFETIVO-SEXUAIS

Durante o tempo de conversa com as jovens e reconstruindo as suas narrativas, observei que um aspecto se destacou com bastante força: contar ou não que era HIV positiva. De modo geral, ao longo da trajetória das jovens, houve uma inquietação quanto à escolha de manter o sigilo do diagnóstico nas relações ou mesmo revelá-lo. E diante deste dilema, passam a encarar as consequências dessa decisão e as reações dos seus parceiros ou das parceiras. Por perceber o quanto isso foi significativo ao longo das conversas, e que de algum modo está imbricado no viver com HIV e nas suas relações afetivo-sexuais, é que destaquei um capítulo específico para falar sobre isso nesta dissertação.

5.1. REAÇÕES DOS PARCEIROS E PARCEIRAS APÓS A REVELAÇÃO DA SOROLOGIA POSITIVA PARA HIV

As dificuldades para as pessoas que vivem com HIV/aids em revelar ou manter o sigilo nas relações sociais, e especificamente nas relações afetivo-sexuais, é algo concretizado na literatura sobre o assunto, o que acontece por conta, principalmente, do estigma que é associado a essa condição. Diante disso, as interlocutoras deste trabalho relataram como têm vivenciado suas relações afetivas e sexuais após saber sobre sua sorologia e/ou revelar ou não seu diagnóstico.

As jovens com quem conversei, com exceção de Tulipa, já haviam contado sobre sua sorologia para algum parceiro/a (fixo ou não). Por conta disso, o tema mais recorrente remeteu-se à reação deles ou delas e às consequências na relação vivida.

Algumas histórias, aqui, revelam a possibilidade de mulheres soropositivas, ao contarem sobre algo que ainda é marcado socialmente de modo negativo, vivenciarem por parte dos companheiros e companheiras reações que vão em direção diferente do que se espera nestes contextos.

Assim, Azaleia, ao narrar sua história, me disse que o diagnóstico é mantido em sigilo para algumas pessoas a sua volta e, por isso, faz o tratamento “*escondido*”, afinal, saberem sobre seu diagnóstico pode resultar em não ter mais lugar onde morar. Entretanto, não há esse sigilo na sua relação amorosa. Inclusive, ao revelar sobre seu

diagnóstico, elas passam a serem “noivas”. Outras interlocutoras, Rosa, Dente de Leão e Iris, também não enfrentaram reações negativas. Suponho que seja, no caso da primeira, pelo fato de sua condição sorológica ser de conhecimento da maioria das pessoas que convivem com ela e também pelo seu papel de destaque no ativismo em HIV/aids. Um aspecto importante a ressaltar é a possibilidade de um rompimento por conta do diagnóstico; e por isso ser possível, foi que Iris resolveu contar antes que a relação estivesse mais consolidada.

“Na mesma hora eu liguei e falei. Ela foi ao meu encontro e me olhou nos olhos e me abraçou e tudo que falou foi: ‘Vc [você] e do mesmo jeito que te conheci e amo vc [você] meu amor’ [...] Ela olhou nos meus olhos e me perguntou ‘qual problema disso? Eu amo vc [você] e quando agente ama uma pessoa agente ta com ela de qualquer forma e maneira e vou estar com vc[você] pois vc [você] e [é] o amor da minha vida [...] e me pediu em casamento no mesmo dia então somos noivas [...] E desde então [então] ela so [só] falou nesse assunto [assunto] comigo no dia que falei p ela. Ela nem lembra. Parece ate [até] que [que] nao [não] tenho nada” (Azaleia, 21 anos, branca, lésbica, transmissão por tatuagem)

“Sim [A EX-NAMORADA JÁ SABIA DO DIAGNÓSTICO DE ROSA ANTES DO INÍCIO DA RELAÇÃO], ambas sabia uma da outra. Eu havia visto a campanha que ela fez [...] antes dela vir pra cá. Quando ela entrou na RJR+²⁰ ela tbm [também] fez um post [postagem] se apresentando, ela tem a sorologia assumida a um bom tempo.” (Rosa, 24 anos, negra, bissexual, transmissão vertical).

“Ficou um pouquinho assustado. Mas foi amoroso. Ele me abraçou disse que não era pra se preocupar, que ele estaria do meu lado. [...] (Dente de Leão, 28 anos, branca, heterossexual, transmissão sexual).

“Depois de um mês[mês] cv [conversando] eu contei, mas não[não] ficamos até então, aliassss[aliás], ele me deu

²⁰ A Rede Jovem Rio+.

bj[beijo] um dia antes de contar [...] sim [ELE FICOU DA MESMA FORMA]... ele foi bem atencioso [...] eu contei de cara antes de um envolvimento maior [...] Optei por revelar, antes que o envolvimento emocional fosse maior.” (Iris, 19 anos, mestiça, heterossexual, transmissão vertical).

Na relação atual, na qual a namorada não é HIV positiva, Rosa também não precisou passar pelo dilema de revelar ou não sua condição sorológica, uma vez que se conheceram em um seminário relacionado à temática do HIV/aids. Assim, sua parceira, antes mesmo de começar a namorá-la, já sabia sobre a sorologia de Rosa.

Outra que também não enfrentou reações negativas foi Sálvia, mas ela não contou seu diagnóstico logo para o seu atual parceiro. Isso porque, por diversos momentos, se esquivava de conversar com ele sobre isso, o que revela uma contradição na sua própria narrativa, na medida em que disse que não havia dificuldades, mas “*desconversava*” sempre.

“Eu sempre tive problemas com coisas impostas, se me falassem que era obrigatório manter o sigilo, acho que eu ficaria p da vida, da mesma forma que era obrigatório contar pra todo mundo. Manter o sigilo é normal em tantos outros aspectos da vida. Não [FOI PROBLEMA MANTER O SIGILO], foi algo normal [...] no começo eu não contei, mas ele sempre me vi [a] tomando remédios e eu desconversava, mas um dia ele me chamou pra conversar e disse que eu precisava falar o que tinha, que se nós estávamos [estávamos] juntos precisávamos [precisávamos] saber de tudo, então e falei, na hora ele ficou em choque. lembro que saiu do quarto e foi até o banheiro por uns cinco minutos, voltou me abraçou e disse que nada mudaria, e que isso não faria a menor diferença e realmente não faz” (Sálvia, 26 anos, branca, heterossexual, transmissão sexual)

Entre os relatos acima de Sálvia, Dente de leão e Iris, parecem existir similaridades quanto às reações iniciais dos parceiros depois de elas contarem sobre a sorologia. Inicialmente, uma reação de choque, mas depois uma aceitação e continuação do relacionamento, pelo menos por um tempo depois.

Estas narrativas revelam particularidades e rupturas (SQUIRE, 2014) diante do

contexto da epidemia e de outras histórias de PVHA, em que o diagnóstico é associado à exclusão e rejeição nas relações afetivas. Esse não afastamento, imediato, aceitação e apoio por parte do parceiro foi também observado em outros estudos com jovens vivendo com HIV/aids (PAIVA, et al. 2011; FAIR e ALBRIGHT, 2012; GONÇALVES, WEBER e ROSO, 2013; SILVA, 2014).

Entretanto, reações de afastamento e rejeição não são raras nas vidas de PVHA e fizeram parte da história de algumas das interlocutoras. Dália, que tem a sorologia aberta, já precisou encarar o afastamento de uma pessoa quando soube de seu diagnóstico. Ipê, depois da separação do ex-marido, escolheu contar sobre seu diagnóstico para os homens com quem começava a se relacionar. Consequentemente, passou a encarar o rompimento nestas relações.

“Eu até uma vez conheci um rapaz, saímos, íamos começar a namorar, mas fui abrir o jogo com ele sobre minha sorologia mas depois disso ele já não quis mais nada comigo!” (Dália, 21 anos, branca, heterossexual, transmissão vertical)

“Ele não falou nada. Ficou calado uns 10 minutos e disse ‘preciso te ver’ pra [para] saber como agir. Só que ele sumiu. Depois disso sempre tinha uma desculpa que não dava pra me ver. E sumiu. Hoje não me atende mais. Não responde whats [whatsapp]” (Ipê, 20 anos, negra, heterossexual, transmissão sexual).

Um aspecto interessante na história de Ipê é que ela escolhe contar sobre sua sorologia motivada pela crença de que o diagnóstico não impedirá os homens a continuarem se relacionando com ela.

“Já contei pra [para] alguns rapazes que quiseram se relacionar comigo e eles sumiram. Me bloqueou [...]Achei que realmente ele a iriam aceitar. Me enganei. Quando eu conto, que a pessoa se afasta ou muda, eu deixo pra lá [lá]” (Ipê, 20 anos, negra, heterossexual, transmissão sexual)

No trecho acima, Ipê disse que “deixa pra lá” quando os homens mudam ou se afastam, mas narra, em outro momento, ações que revelam, de algum modo, a tentativa de manter essas relações: “eu já liguei já [já] briguei. Nada adiantou”. Após mais uma

vez ser rejeitada, Ipê verbalizou que sente medo de se decepcionar de novo, já que todas as vezes que contou para alguém assim foi.

Se, por um lado, o momento de revelação de uma condição tão estigmatizada gerou apoio de alguns parceiros ou parceiras, por outro, houve o rompimento de alguns relacionamentos das jovens, o que foi observado também na tese de Félix (2012) e no trabalho de Gonçalves, Weber e Roso (2013), no qual casais sorodiscordantes não mantiveram o vínculo após a revelação, pois isso se configurou como quebra de confiança e troca, ocasionando o afastamento. Para Silva (2012), na cultura em que a “norma” é ser soronegativo, entende-se a fuga de uma relação sexual com uma pessoa soropositiva.

Por efeito dessas reações negativas, parte das PVHA opta por não revelar sua condição sorológica. O que, também, pode lhes gerar muito sofrimento e as fazem (re)organizar suas vidas de modo a não ter sua sorologia descoberta.

5.2. DILEMA ENTRE REVELAR SOBRE O HIV E MANTER O SIGILO

Ao descobrir a sorologia, é possível que as PVHA passem a enfrentar o dilema quanto a contar ou não sobre seu diagnóstico. Acerca disso, destaco, neste trabalho as narrativas das interlocutoras Dente de Leão e Tulipa, que, ao contarem suas histórias de diversos relacionamentos, evidenciam hesitações para falar sobre sua condição sorológica aos parceiros.

Para Dente de Leão é o tipo de relação que determina a revelação ou não. Nesse sentido, ela narrou que, quando o relacionamento é “casual”, ela não conta sobre o seu diagnóstico, “*pq [porque] eu não to mais com isso de me envolver casualmente. E se acontecer, preciso me preservar. Fofocas demais*”. A meu ver, para ela, evitar “*fofoca demais*” e “*se preservar*” diz respeito ao desejo de que o parceiro, ao saber do seu diagnóstico, fique em silêncio, isso porque, talvez, nas suas relações casuais, não exista um nível de confiança tal que a permita contar sobre a sorologia.

Isto expõe a necessidade de confiar no outro para então revelar, o que foi encontrado em trabalhos com jovens grávidas vivendo com HIV na República Democrática do Congo (MAMAM et al., 2009), com adolescentes e jovens no Brasil (PAIVA et al., 2011; SILVA, 2014) e observado no estudo de revisão da literatura sobre

trabalhos com foco na revelação do HIV por adultos vivendo com HIV (OBERMEYER, BAIJAL e PEGURRI, 2011).

Ainda que haja aproximação entre elas, Tulipa parece viver com mais preocupações quanto a manter o segredo sobre sua soropositividade, tendo sua história um distanciamento em relação às outras. Observo que há uma pressão sentida por ela em relação a revelar seu diagnóstico pelo fato de sua participação no ativismo²¹. Isto (não revelar), na época em que estava solteira, a atrapalhava na continuidade de relacionamentos.

“As [às] vezes deixo de avançar num lance pq [porque] começo a me angustiar demais sobre contar. As vezes a obrigação[obrigação] da camisinha eh [é] questionada em alguns lances Tb [também]. As [às] vezes quero falar disso abertamente sabe, mas me sinto bloqueada.”(Tulipa, 31 anos, mestiça, heterossexual, transmissão sexual)

Tulipa explicita um desejo de falar sobre a sua sorologia quando se envolvia com alguém, mas vivencia inquietações, sofrimento, angústia, o que dificulta as suas relações. E então, por isso, ela decidiu não contar para as pessoas que se envolveu e, assim, acabou desistindo de avançar nas relações. Tudo isso tem associação com a representação negativa que a aids ainda tem e por diversos medos que permeiam a sua vida, inclusive de violência por parte dos homens.

“Eu hj [hoje] em dia n penso mais em contar. Por isso tenho tido problemas em avançar nas relações. Pq [Porque] quando começar a ficar mais serio começa a vim a responsabilidade em contar, ai [aí] eu desisto. Isso tem a ver c[com] os caras q tenho me envolvido Tb [também]. Sei como eles pensam sobre Aids. Acho difícil isso n[não] ser algo problematico [problemático] e mau [mal] visto. Tenho receio de uma rejeição [rejeição] muito forte e de alguém [alguém] espalhar p[para] geral sabe . Dependendo de quem vc [você] se envolve vc [você] tem q ter medo ate [até] de sofrer uma violencia [violência] maior sabia [...]Eu já [já] me envolvi c [com] caras meio barra pesada. Depois vi q [que] besteira eu podia ta fazendo. Pensei q[que] se um cara desse descobrisse podia ate [até] me matar. Achar q

²¹ Notei isso no encontro de mulheres soropositivas do qual ela me convidou para participar.

[que] pq [porquê] n [não] falei p [para] ele eu taria [estaria] arriscando a vida dele e tal. Saca?” (Tulipa, 31 anos, mestiça, heterossexual, transmissão sexual)

Mesmo quando a relação avançou para um namoro, Tulipa ainda vivenciou os dilemas em relação a manter sigilo ou revelar seu diagnóstico, que ainda é mantido em segredo para o atual parceiro: “*ainda naum [não] tive coragem p[para] contar Leonara. Pra [para] mim eh [é] um peso imenso. Isso num [não] sai da minha cabeça e morro de medo dele descobrir*”. Sobre a reação que o parceiro pode ter ao saber: “*eu naum[não] sei. Choque, surpresa e alguma decepção sei lah [lá] [...] medo Tb, acho q ele vai ter medo [...] de mim [...] de ter convivido c[com] alguém[alguém] q[que] tem Aids.*”. Medo este o qual revela que ela acredita que o namorado a verá como alguém que assusta, por ter “aids”.

Quando os relacionamentos se tornam mais sólidos e as pessoas passam a viver na mesma casa, manter o sigilo sobre o diagnóstico e seguir o tratamento pode não ser uma tarefa fácil. Tulipa, três meses após me contar que estava namorando, disse que estava morando com o seu companheiro, e isso faz com que ela precise organizar sua rotina de tratamento para que o segredo não seja descoberto.

“Não [não] contei p[para] ele sobre minha condição [condição] de pessoa c[com] Aids. Não[não] consigo contar. Não[não] sei se ele já [já] ouviu algum comentário[comentário] pq [porque] na vdd [verdade] na cidade e no bairro q [que] vivo c[com] ele sei q[que] as pessoas comentam. Ele nunca me trouxe esse assunto. Aq [aqui] existe muito preconceito. [...]Eu tomo meus remédios [remédios] de um jeito discreto. Me viro [...] Eu retiro rótulos[rótulos] dos frascos de remedios [remédios] Eu prefiro tomar na ausencia [ausência] dele, quando não [não] esta[está] em casa ou no ambiente em q [que] estou.” (Tulipa, 31 anos, mestiça, heterossexual, transmissão sexual)

Portanto, conforme aparece nas narrativas de Tulipa e Dente de Leão, não contar seu diagnóstico é uma tentativa de se autoprotger. E, em função disso, precisam gerenciar seus relacionamentos de diferentes modos. Além disso, há um medo inerente ao revelar sobre o diagnóstico, principalmente devido à rejeição que pode causar, já que

a aids ainda é carregada de estigma e preconceitos. Por isso, tanto os jovens como mulheres jovens mantêm segredo sobre o diagnóstico (MARQUES et al., 2006; LIAMPUTTO, HARITAVORN e KIATYING-ANGSULEE et al., 2009; OLIVEIRA, NEGRA e NOGUEIRA-MARTINS, 2012; SILVA, 2012; GONÇALVES, WEBER e ROSO, 2013; SILVA, 2014; GALANO, 2016).

O fato é que este momento de revelar ou não é de muita dificuldade para os/as jovens, pois pode haver uma ambivalência entre livrar-se de um peso e passar a viver com a possibilidade de rejeição, ou manter o segredo (MARQUES et al. 2006). Além disso, a revelação do diagnóstico é carregada de diversos significados e tem efeitos diferentes e contar aos parceiros sexuais é, muitas vezes, mais difícil do que para outras pessoas (OBERMEYER, BAIJAL e PEGURRI, 2011).

Assim, desde a descoberta da sorologia, em diferentes momentos, mulheres jovens que vivem com HIV/aids precisaram lidar com os dilemas e as consequências em revelar ou manter sigilo em relação a sua sorologia. Como aparece também no trabalho de Galano (2016), a revelação da sorologia positiva foi considerada como âmbito da vida privada. E dessa maneira, a partir das narrativas destacadas nesta dissertação, apesar de haver exceções às narrativas hegemônicas sobre HIV, quando contar sobre a sorologia não se constituiu como isolamento, rejeição e rompimento das relações, ainda há uma necessidade de mantê-la em sigilo como modo de evitar rejeição e isolamento.

Portanto, o HIV repercute fortemente na maneira como mulheres jovens vivem suas vidas e se posicionam diante das suas relações sociais, especificamente, as parcerias amorosas. Em vista disso, apresento, a seguir, como a condição sorológica das jovens tem repercutido em suas trajetórias afetiva e sexual.

6. MODOS COMO O HIV/AIDS (RE) ORGANIZAM AS TRAJETÓRIAS AFETIVA E SEXUAL

Viver com o HIV repercutiu na vida das mulheres jovens deste trabalho de diferentes modos. A partir dele, de maneira geral, elas passam por mudanças e dificuldades. E assim, passam a lidar com diversas repercussões na sua trajetória de relacionamentos amorosos e nas suas práticas sexuais. Neste capítulo, portanto, desenvolvo as repercussões sobre os relacionamentos com os/as parceiros/as.

6.1. AS REPERCUSSÕES DO HIV/AIDS NAS RELAÇÕES AMOROSAS DAS JOVENS

Há jovens que, em determinados momentos das suas trajetórias, o HIV não foi suficiente para alterar suas relações. Entre essas, estão Azaleia e Rosa, que narraram a respeito disto.

“Não [ATRAPALHOU] Quando falei pra ela, ela olhou nos meus olhos e me perguntou ‘qual problema disso? [...] Então [então] em janeiro de 2015 ela começou a fazer faculdade de medicina e quer ser infectologista p [para] trabalhar diretamente com pessoas vivendo com. Hiv. E desde então[então] ela so [só] falou nesse assunto [assunto] comigo no dia que falei p ela. Ela nem lembra. Parece ate qie [que] nao [não] tenho nada.” (Azaleia, 21 anos, branca, lésbica, transmissão por tatuagem).

Não [ATRAPALHOU], pq [porque] ela tbm [também] Eh [é] Hiv+[HIV positivo]. O impacto foi sair de uma relação de amizade para amor haha [risos]” (Rosa, 24 anos, negra, bissexual, transmissão vertical.).

É possível pensar que, ao viver um relacionamento sorocordante, o HIV não se torna algo central ou que atrapalha a relação, como o que Rosa relatou com a ex-namorada. Mas também, em parcerias sorodiscordantes, isso pode ser viável. Ela, no atual relacionamento, sentiu o impacto do vírus na medida em que pessoas ao redor da namorada questionaram sobre a sua sorologia.

“Único problema foi que após minha postagem no face as amigas delas que me seguiam. Foram questiona-lá da minha sorologia. E isso a deixou um pouco chateada. Ela disse que pelas amigas terem ido questiona-lá sobre a sorologia.” (Rosa, 24 anos, negra, bissexual, transmissão vertical).

Dália viveu o afastamento de uma pessoa, após seu pai pressioná-la para contar sobre o HIV, o que possibilita pensar que a revelação sobre a sorologia positiva para HIV pode gerar obstáculos para o início de um relacionamento. Entretanto, ao longo das nossas interações, ela foi contando que não é o HIV o motivo pelo qual ela não tem uma trajetória marcada por diversos relacionamentos, e por estar, desde que começamos a conversar, sem namorar ou ficar com alguém.

“Até tem uns dois moços amigos meu atrás de mim, e eles sabem da minha sorologia...Mas não me sinto madura pra entrar em um relacionamento! Tenho outras prioridades, meus estudo e minhas crianças ...Essas são minhas prioridades no momento! [...]Nunca me envolvi com ngm[ninguém]. Só com o J. mas nem chegou a rolar nada, e já [já] terminou... Talvez precise de mais tempo [...] pra [para] poder madurecer a ideia de entrar em um relacionamento” (Dália, 21 anos, branca, heterossexual, transmissão vertical).

No decorrer da nossa interação, Dália começa a revelar outros motivos (além da falta de maturidade) que dificultam ou mesmo a impossibilitam de vivenciar um namoro com alguém que ela goste.

“Sim. O fator maior é esse. A V. surtaria [A MULHER QUE A ADOTOU] Ela é difícil. Ela ja [já] bateu e humilhou namorados da minha Irma [irmã]. Por simplesmente não [não] aceitar. E por eu ter horário [horário] pra chegar e tals... sei que so [só] pioraria se eu começar [começar] a namorar [...] Eu gosto de um rapaz, mas não [não] quero nada com ngm [ninguém] por enquanto! Sabe não é por conta da doença não é por como as coisas vão aqui em casa, e por achar que não estou preparada ainda pra um relacionamento! Mesmo gostando muito desse rapaz .. Nunca falei pra ele nem ngm [ninguém]. Ele é d+ [demais] sabe. Nos damos muitos bem.. Acho que nem

desconfia (Dália, 21 anos, branca, heterossexual, transmissão vertical).

Certamente, há questões familiares que podem atrapalhar a vivência de um namoro. Mas há, também, outros aspectos ou questões que afetam os relacionamentos para além da sorologia positiva, como a religião. Assim, o HIV pode ocupar um lugar de menor centralidade ou de obstáculo em relação aos ensinamentos religiosos sobre os envolvimento afetivos e sexuais.

“Nem vejo muito pela beleza. Mas sim a pessoa que ele é. O jeitinho dele. Ele nunca namorou tbm [também]. Igual eu. Até nisso combinamos. Temos o mesmo proposito [propósito], que é namorar uma única [única] pessoa e se casar com ela... Nós seguimos certos propósitos sabe. E esse é um deles, que não é todos os jovens que segue.. Se eu te falar que do nosso grupo nos somos os únicos [únicos] solteiros e os únicos [únicos] que nunca namoraram e segue firme nesse proposito [propósito] você [você] acredita... Temos em nosso coração que se for da vontade de Deus e quando for pra ser será [será]... Nós acreditamos que um relacionamento pra dar certo tem que ser de acordo com a vontade de Deus!” (Dália, 21 anos, branca, heterossexual, transmissão vertical).

“Era normal... Com o tempo percebi que eu era mais ligada a ele que ele a mim. O fato de ser um relacionamento da igreja me irritava um pouco. Pq [porque] não [não] tínhamos [tínhamos] mt [muita] privacidade. ele é mais novo que eu um ano. nós conversávamos, saíamos, mas nunca tivemos mt [muita] liberdade de por exemplo chegarmos mt [muito] tarde em casa. Ele ficou próximo [próximo] da minha família e aos poucos fui me tornando da dele” (Iris, 19 anos, mestiça, heterossexual, transmissão vertical)

Desta forma, a religião ocupa um papel importante na trajetória afetiva de jovens, na medida em que é uma esfera relevante na socialização para a gestão da sexualidade (SILVA et al.2008). No caso das jovens de matriz evangélica, a religião organiza como seus relacionamentos devem acontecer. Entretanto, há diferença entre

estas narrativas, pois Iris parece se incomodar com isto, existindo um jogo de tensões entre o que ela deseja e o discurso religioso, o que também foi observado no estudo de Silva et al.(2008) com jovens e autoridades de diferentes religiões. Enquanto para Dália as coisas precisam acontecer a partir da “*vontade de Deus*”.

Há de se destacar uma inquietação na narrativa de Iris. Se, por um lado, a religião teve forte impacto no seu relacionamento anterior, foi nele que o HIV, também, passou a afetar sua vida amorosa.

“Conheci um garoto que veio a se tornar namorado e foi então que comecei a pensar no HIV, uma vez que fui confrontada a revelar ou não meu histórico.” (Iris, 19 anos, mestiça, heterossexual, transmissão vertical).

Antes desta relação, ela descreve sua trajetória marcada pelo “ficar”, e, por conta disso, não foram envolvimento que lhe despertassem o pensar acerca da sua sorologia, evitando o sofrimento antecipado. Esse relacionamento, mais passageiro ou fugaz, parece repercutir menos na condição de soropositiva. A partir da experiência de Iris, considerando esses momentos de “ficar”, o que aparece de forma mais contundente é a necessidade de seguir uma rotina de cuidados para a normalização do HIV (SQUIRE, 2010). Os conflitos maiores virão no momento de engajamentos ou possibilidades de relações consideradas mais fixas, duradouras ou estáveis. Conforme demonstram outros relatos, isto pode produzir ou intensificar o sofrimento:

“Olha, já tinha ficado. Mas não sou de ficar. Foi ficada de dia. Nada mais que isso [...] Olha, até então [então] não pensava mt [muito], mas depois que comecei [comecei] a namorar, comecei[comecei] a pensar [...] Eu não pensava. Pra não sofrer [...] Por antecipação [...]eu só comecei a pensar no HIV há pouco tempo, qnd [quando] tive meu primeiro relacionamento, no mais era algo automático(tomar o coquetel, ter uma boa alimentação, fazer acompanhamento psicológico qnd [quando] necessário) [...]“O HIV nunca foi um problema, a sequela da toxoplasmose sim!”(Iris, 19 anos, mestiça, heterossexual, transmissão vertical)

Mesmo afirmando que passou a pensar sobre o HIV devido ao relacionamento, Iris enfatiza que é a sequela da toxoplasmose (dificuldade na marcha) decorrente do

HIV que é problemática para ela, o que afetará seus envolvimento; existindo, assim, modificações na vida afetiva, como também aconteceu com outras interlocutoras.

Também no universo deste trabalho, houve jovens que narraram acerca das transformações impulsionadas pelo HIV em diferentes momentos das suas relações afetivo-sexuais. Quando se iniciam os relacionamentos, o HIV pode modificar seu sentido na vida de jovens soropositivas infectadas por transmissão vertical, em que a infecção não é proveniente de sua relação sexual, passando a ter implicações negativas nos envolvimento amorosos.

“Qnd [quando] eu terminei achei que nunca mais pudesse ter relacionamento com ninguém. Às vezes penso nisso e até sonho. Essa coisa do HIV às vezes me assombra. :/[REPRESENTAÇÃO DO SENTIMENTO DE TRISTEZA] [...] Eu me acho horrorosa. Eu tenho mil traumas. E a única certeza que eu tinha, era do meu amor por ele. E eu nao [não] sei o q fazer. Eu não [não] sei como agir. Eu só queria arrancar de mim. Sou mt [muito] insegura, autoestima baixa [...]conseguir me relacionar com pessoas que aceitam, pq [porque] muita gente têm [têm] preconceito [...] eu tava cv [conversando] com um outro. Mas qnd [quando] viu minha foto da campanha [REFERENTE AO DIA 1 DE DEZEMBRO²²] Deu uma sumida. [...] Deve ter imaginado que sou soropositiva.”” (Iris, 19 anos, mestiça, heterossexual, transmissão vertical)

Iris demonstra, assim, todo seu sofrimento diante do desmoronamento da “idealização” a respeito do “amor de verdade” e relacionamentos. A partir daí, foi revelando sua insegurança e a baixa autoestima como fatores que interferem na construção de relacionamentos afetivos. Para ela, estes aspectos têm relação “com hiv e com a sequela” da Toxoplasmose, que a deixou com “dificuldade de andar”, que de algum modo é uma marca “visível” no corpo e que, de qualquer forma, reafirma a existência do vírus, com seus efeitos “concretos”, como a dificuldade de andar. Em consequência disso, Iris se esquivava das oportunidades de se envolver com alguém por conta da percepção que tem dela mesma, como alguém que não é interessante, e ela naturaliza isso. Assim, estas enfermidades afetam a autoimagem e a produção de si.

²² Dia mundial da luta contra a aids.

“Tipo, nesse encontro²³ que eu fui, td [todo] mundo ficou com tudo mundo. Acho que fui a única que não fiquei com ninguém. Pq [porquê] ninguém se interessou em mim. Pelo menos ninguém chegou e falou nada comigo. Mas tipo, eu não ligo. Eu to[estou] acostumada” (Iris, 19 anos, mestiça, heterossexual, transmissão vertical).

Em relação às mulheres vivendo com HIV/aids, o fim de um relacionamento pode produzir medo e insegurança diante de novas situações no futuro. Foi o caso de Iris quando o término com o ex-namorado a fez sentir medo de mais uma tentativa de envolvimento. Quando há situação em que parece ter alguém que a deseja, ela tende a não enxergar isso ou a questionar se é por ela mesma. Diante de todas as implicações impostas pela Toxoplasmose e o HIV, que dificultam os envoltimentos de pessoas/jovens vivendo com o HIV, parece que o que restou a Iris, pelo menos quando conversou comigo, foi a solidão como forma de evitar o sofrimento.

“[...] sinceramente acho que estou preferindo a solidão. O HIV nunca foi nada em vista disso [...] Pq [porque] tenho medo de sofrer de novo. Ou seja sou covarde” (Iris, 19 anos, mestiça, heterossexual, transmissão vertical).

Há outros estudos que apontam o sentimento de solidão ou isolamento como modo de agir nas relações sociais de mulheres jovens e adultas que vivem com HIV (CHECHIM e SELI, 2007; CARVALHO e GALVÃO, 2008). O HIV/aids aparece, então, como motivo de restrição da vida sexual e a ausência de relacionamentos afetivos de PVHA (MELO et al.,2016). Certamente, considerando as práticas cotidianas e “configurações” diferenciadas da vida (e relações) de minhas interlocutoras, as implicações do HIV e seus desdobramentos através das relações ocorrerão, também, de forma heterogênea.

Para Dente de Leão, após a descoberta sobre a sorologia, o relacionamento (com o ex-namorado, que a transmitiu o vírus) passou por modificações, mas não houve um rompimento imediatamente. Seguiram juntos por um tempo, e ela ocupando o papel de responsável pelo tratamento de ambos. Entretanto, logo depois descobriu a história de vida do ex-namorado.

²³ Segundo ela, foi um Seminário sobre jovens HIV positivos.

“Foi boa no início [...] Depois começaram as mentiras. Aí aconteceu a infecção e não acreditei mais nele [...] Esfriou [A RELAÇÃO] Mas eu tentava não me preocupar com isso. Tentei manter tudo normalmente. [...] Encabecei a responsabilidade de procurar tratamento. Levei ele, íamos juntos. Mas ele não deixava eu participar das consultas [...] Nem eu sei te dizer [O MOTIVO DE NÃO DEIXÁ-LA PARTICIPAR] Nesse um mês ele mudou de comportamento, ficou mais frio. E então, cerca de um mês depois do diagnóstico, terminamos [HÁ DOIS ANOS]. Hoje não tenho mais contato e não sei se ele deu continuidade ao tratamento (Dente de Leão, 28 anos, branca, heterossexual, transmissão sexual).

Para Ipê, o HIV impacta nas suas relações desde a descoberta do diagnóstico. De algum modo, por ter transmitido o vírus para o ex-marido, ainda enquanto não sabia sobre a sua sorologia, a fez se manter na relação, doando-se para o parceiro. Como em outras histórias de pessoas vivendo com HIV, a “culpa” é um elemento/sentimento ainda muito forte que acompanha e, de algum modo, pode organizar e direcionar a vida dessas pessoas.

“E comecei a viver em função dele. Tudo pra agradar ele pra diminuir minha culpa. Só que percebi que eu não sou culpada. Eu tbm[também] não sabia. Contaminei ele sem saber...” (Ipê, 20 anos, negra, heterossexual, transmissão sexual).

Além da culpa, há outro aspecto a destacar nessas histórias. A permanência no relacionamento pode estar imbricada à crença de finitude da vida por conta do HIV. Tulipa narrou que, ao saber da sua condição sorológica, “achava na época [época] q [que] minha unica [única] opção era ficar [ficar] c [com] ele mesmo”. Neste caso, destaca-se também a ideia (possível) de que não haverá outra pessoa disposta a estar com elas. Aqui, vale a pena destacar o relato de Sálvia, ao falar sobre o que a mantinha junto ao seu ex-namorado após a descoberta do HIV.

“acho que o principal era o medo, tinha medo dele falar para as pessoas do meu diagnóstico, achava que precisa ficar com ele por causa da minha sorologia, ele sempre dizia que eu jamais iria encontrar alguém que me quisesse por causa disso e eu

acreditava. Não tinha coragem de pedir ajuda pra ninguém, tinha medo dele fazer mal para os meus pais, principalmente pra minha mãe” (Sálvia, 26 anos, branca, heterossexual, transmissão sexual)

Na história de Sálvia, não há como negligenciar o “poder” (e violência) que o homem pode exercer nas relações. Em virtude do medo que ela tinha do ex-namorado, Sálvia descreve o casamento que viveu e que, em função do vírus, permaneceu por um tempo em um contexto de violência e perseguição.

“Foi péssima, eu fiquei dois anos e meio casada, mas foi a pior experiência que eu poderia ter. [...] qndo [quando] decidir casar, pedi demissão do trabalho [...]. Ele sempre tinha me tratado muito bem, mas nos preparativos do casamento começaram as grosserias [...] Confiscou a chave da minha moto, dizendo que se preocupava comigo e eu poderia me acidentar ao ir para a aula de moto, eram uns 5km da minha casa, aí eu comecei a ir de ônibus e ele me buscava. [...] No começo de 2012 ele resolveu entrar na faculdade e estudar junto comigo, disse que já que ficava lá sem fazer nada iria estudar. [...] depois que ele começou a estudar as coisas pioraram muito, eu tinha que estudar por dois e ainda fazia os meus trabalhos e os dele. [...] No início de 2013, não aguentava mais aquela situação, então arrumei um trabalho na recepção de uma indústria e decidi me separar [...] Mesmo com tudo separado, casa dividida ao meio, contas bancárias, despesas, eu em outro relacionamento, meu ex marido sempre dizia que quem queria se separar era eu, e que ele tinha jurado na igreja que seria pra sempre e continuava agindo como tal, usava aliança, preenchia cadastros como casado, tinha minha foto no celular [...] eu segui com as minhas coisas, até aquela situação ficar insustentável e então partir para um divórcio litigioso” (Sálvia, 26 anos, branca, heterossexual, transmissão sexual).

Após sair desta relação com o ex-marido, Sálvia, que em algum momento da sua trajetória acreditava que não se relacionaria com mais ninguém, passa a viver uma história diferente com outra pessoa soronegativa para HIV e que sabe do seu diagnóstico. Esta pessoa torna-se para ela uma fonte de apoio, tal como aconteceu no estudo de Paiva et al.(2011), no qual houve jovem que não vivenciou o abandono por

parte do parceiro, o que vai no caminho inverso ao desamparo geralmente vivenciado por mulheres soropositivas, como as do trabalho de Silva, Moura e Pereira (2013).

“Eu já era amiga do meu namorado desde que eu tinha começado a trabalhar, ele trabalhava na mesa ao meu lado, quando começamos a namorar (foi em setembro), ele estava no último semestre da faculdade de engenharia e eu no sexto. Eu estava quase desistindo, mas ele me ajudou a recuperar. [...] meu namorado foi e é um anjo na minha vida, Ele me apoia, até nas loucuras hahahaha [risos] [...] Foram momentos difíceis, mas ele sempre foi e é muito companheiro [...] Esta relação é muito boa, uma vida que jamais imaginei que poderia ter. Nos conhecemos no trabalho. Somos além de namoridos, amigos, sócios (pq [porque] abrimos uma empresa)que por enquanto eu trabalho integralmente), pais [DE UMA CACHORRA], hhahahah [risos]. Moramos na casa da minha sogra, por opção nossa. Achamos melhor ficar todos juntos. Nossa relação é boa, então na nossa casa somos eu, meu namorado, minha sogra, meu cunhado e nossos cinco cachorros.” (Sálvia, 26 anos, branca, heterossexual, transmissão sexual).

Algumas das histórias de minhas interlocutoras se “cruzam” e outras se distanciam. Para Ipê, por exemplo, após a separação do ex-marido, no início do ano de 2016, tem sido difícil manter os relacionamentos. Isso por que ela decidiu contar sobre o HIV para os homens no início dos envolvimento.

“Eu queria que ele me conhecesse antes de contar meu problema... E tava tudo tão bem... Ate que contei e ele sumiu, to mal. Tentei conversa com ele mais ele não me atende não me responde. Sabe fico triste porque ele tinha me pedido em namoro e tudo” (Ipê, 20 anos, negra, heterossexual, transmissão sexual).

O relato de Ipê me fez pensar sobre a dificuldade de dar “continuidade” a um relacionamento devido à sorologia positiva para o HIV. O que pode ser bem diferente em relação ao início de um envolvimento, como ela mesma confirma, “*pra começar algo e [é] fácil*”. Isto também foi observado no trabalho de Amorim e Spazio (2008),

sobre pessoas que vivem em situação de sorodiscordância, ou seja, há dificuldade para a manutenção dessas parcerias, podendo ocorrer, afastamento entre as pessoas.

Há de se destacar, aqui, a centralidade que o vírus pode ter em relações sorodiscordantes para além dos atributos ou qualidades das pessoas. Como destaca Ipê, os homens com os quais ela se relacionou, ao saberem sobre seu diagnóstico, conferem mais importância ao fato de ela viver com o vírus do que às suas qualidades e atributos.

“Estava tudo tão bem sabe. Ele vinha pra minha casa ... íamos ao cinema. E nada mais importa tipo ... Eu não importo a pessoa que sou não importa. Não importa se sou legal amiga companheira. Nada disso contou. Ele simplesmente sumiu se afastou.” (Ipê, 20 anos, negra, heterossexual, transmissão sexual).

Se, por um lado, para Ipê há um afastamento imediato do parceiro, com Dente de Leão as coisas não aconteceram bem assim. Após o término com o ex-namorado, que lhe transmitiu o vírus, ela começou outro namoro, o qual durou cinco meses. Entretanto, para ela, não foi o HIV o responsável pelo fim.

“Namorei por pouco tempo [...] Foi boa. Mas desgastou [...] Ele sempre soube da minha sorologia, mas ficava desconfiando de coisas sem fundamento. E acabou me traindo tbm [também] [...]. A família dele me acolheu bem. Mesmo não sabendo da sorologia Só ele sabia. Desde o início [...] Acredito que não [NÃO FOI POR CONTA DO HIV O FIM DO NAMORO]. Foi mais por não haver mais entendimento”(Dente de Leão, 28 anos, branca, heterossexual, transmissão sexual).

Dente de Leão pareceu não se preocupar por estar solteira. No entanto, vale a pena ressaltar sua preocupação e cautela diante do preconceito que ainda há em relação às pessoas vivendo com HIV. Evitar mágoas, preservar-se ou tentar se proteger de envolvimento, de modo a evitar decepções, podem justificar a “solteirice”.

“Mas nem to me preocupando mais em encontrar alguém. [...] Antes eu me sentia mais carente. Não que hoje não seja, mas sei dar mais importância a mim do que pra outra pessoa [...] Mas

quando o nosso amor próprio é maior, as chances de se recuperar de um "tombo" é maior tbm [também]. Criamos uma certa resistência. Uma autoproteção. Exigimos o melhor pq sabemos que merecemos [...] Hoje me sinto blindada rsrs [risos]. Fico as vezes, nada muito íntimo [RELAÇÕES SEXUAIS]. Eu anda fugindo disso Pq [porque]além de estar estudando psicologia, que já nos torna mais exigentes, estou analisando bem com quem vou me envolver. Ainda existe muito preconceito em relação aos soropositivos. Então, pra evitar qualquer mágoa, pra me preservar, optei por me manter assim. Me doarei pra quem valerá a pena". (Dente de Leão, 28 anos, branca, heterossexual, transmissão sexual).

Sem dúvida, preocupações com o preconceito, rejeição e violência devido à soropositividade são aspectos muito fortes e presentes nas histórias de jovens vivendo com HIV/aids. Em decorrência disso, destaco um ponto específico sobre as dificuldades e implicações de um relacionamento sorodiscordante/sorodiferente.

O medo da reação do outro, quando ainda não sabe sobre a sorologia positiva do/a parceiro/a, e mesmo da possibilidade de transmissão do vírus produzem sofrimentos para quem vive com o HIV. Estes sofrimentos e tensões podem, inclusive, se estender através das diversas estratégias para que estes desfechos não aconteçam.

"Primeiro a coisa de nunca falhar c[com] o uso do preservativo, tem hora q [que] eh [é] difícil [difícil] explicar pro [para o] seu parceiro fixo q[que] vc [você] naum [não] quer abrir mao[mão] da camisinha de jeito nenhum. Segundo a hora de tomar remédios [remédios] ou ir ao medico e fazer meus exames. Terceiro tentar atuar no ativismo. Quarto o medo quase q paranóico dele ou da família [família] dele descobrirem."(Tulipa, 31 anos, mestiça, heterossexual, transmissão sexual).

Gostaria de chamar atenção para alguns desses pontos da história de Tulipa. Ela vive em função de manter seu diagnóstico em sigilo para o seu atual namorado. Devido a isso, precisou lidar com diversas repercussões do HIV no seu relacionamento atual. Entre as implicações, estão a dificuldades em relação ao uso de preservativos e o medo de transmissão do vírus. Desta forma, Tulipa tem temor que o uso do preservativo falhe e, como consequência, transmita o vírus. Tais obstáculos também foram encontrados

nos trabalhos de Oliveira, Negra e Nogueira-Martins (2012), com jovens vivendo com HIV/aids, Reis e Gir (2010) e Amarin e Spazio (2008), realizados com pessoas que vivem em situação de sorodiscordância em relações heterossexuais. Essa “possibilidade” de transmissão, ou de “perigo” para o outro, soronegativo, parece “rondar” a vida e cotidiano de mulheres e outras pessoas vivendo com HIV, mesmo que todos os cuidados sejam tomados, como o uso do preservativo em todas as relações, ou mesmo com todos os seus exames em dia, quando a carga viral encontra-se indetectável.

Acho interessante pontuar uma “excepcionalidade” (SQUIRE, 2014) na narrativa de Dente de Leão, ao contar como o vírus tem repercutido na sua vida, o que a diferencia de algumas interlocutoras deste trabalho.

Positivo. Literalmente. Me fez me cuidar mais, me amar mais. E exigir mais dos outros. Não aceitar qualquer “migalha”. Acreditava mais nas pessoas e não via maldade [...] Me cuidar, cuidar do corpo, aparência. [...] Não somente isso [CUIDADO COM OS POSSÍVEIS EFEITOS DO VÍRUS]. Aparência, cabelo (Dente de Leão, 28 anos, branca, heterossexual, transmissão sexual).

Após os momentos iniciais de frustração associada à descoberta da sorologia e também da história de vida do ex-namorado, Dente de Leão deu sentido ao HIV como algo que impactou na sua vida de modo “positivo”, repertório usado por ela para significar algo de bom, pois considerou que, a partir do HIV, passou a ser exigente nos seus relacionamentos e cuidar mais da sua aparência. Tais situações são significadas para ela como benéficas. Esta última, cuidado com a aparência, foi apontada na tese de Félix (2012), em que quase todos/as os/as jovens relataram mudanças consigo mesmo/a e com o corpo. Assim, a aparência física parece ser aspecto importante da vida dos/das jovens do seu trabalho, posto que o HIV/aids pode possibilitar consequências visíveis no corpo, em função do uso da TARV, uma vez que vivemos em uma cultura onde há “centralidade do corpo”, existindo o imperativo por um padrão de beleza (FÉLIX, 2012). Destaco que uma das possibilidades de “visualização” do HIV no corpo diz

respeito à lipodistrofia, que é uma síndrome na qual, entre outras coisas, há redistribuição anormal da gordura corporal (ALENCAR, et al.,2008)²⁴.

Outro aspecto que emergiu nas narrativas, que tem, do meu ponto de vista, total relação com as repercussões do HIV/aids nas relações amorosas de mulheres heterossexuais, diz respeito à dificuldade em conhecer e se relacionar com homens heterossexuais soropositivos.

Pelas minhas incursões, mais recentemente pela internet, através de grupos do *Facebook* e do *Whatsapp* de pessoas vivendo com HIV/aids, percebo que, de fato, esses espaços *online* quase nunca são ocupados por homens heterossexuais. E isto foi algo destacado em algumas narrativas produzidas pelas jovens desta dissertação.

Sobre os ambientes virtuais dos quais participamos, Iris disse que “*a maioria são homossexuais*”, e Ipê demonstrou inquietação quanto à dificuldade que vem vivenciando para se manter nas relações com rapazes que não são soropositivos, pedindo que eu a ajude a encontrar homens heterossexuais HIV positivo. Durante nossas conversas, informei a Ipê que conheço poucos homens heterossexuais HIV positivo, e, que, de fato, conheço mais homossexuais; e já havia me indagado sobre isso.

“Enquanto eu queria so[só] um pé de pano [ALGUÉM PARA PAQUERAR] [...] Vc [você] conhece algum homem com HIV? [...] Me apresenta. Só conheci gay. Tô [estou precisando esencalhar [desencalhar]. Me apresenta nunca te pedi nada. [...] É que é muito gay. Cada gay lindo. Será se eu virar homens eles vão me querer. Vai que cola [...] Tire eles do esconderijo. Não só eu mais as meninas tbm [também] já comentaram, que não vê heteros [heterossexuais] no grupo.” (Ipê, 20 anos, negra, heterossexual, transmissão sexual).

Ao desenvolver a pesquisa, fui solicitada por outra pessoa a ajudar em relacionamentos. Meu contato telefônico e *e-mail* circularam por diversos grupos *online*, por isso recebia sempre mensagens de pessoas para saber sobre a pesquisa. Em um determinado momento, recebi uma mensagem de um homem heterossexual HIV positivo, com quem troquei e-mails, sobre a dificuldade de se relacionar. Ele então me disse: “*quem sabe você conhece alguém solteira, inteligente, bem resolvida e bonita se*

²⁴ Aumento ou diminuição da gordura em determinadas partes do corpo.

possível”, ou seja, existem homens em busca de mulheres HIV positivas, mesmo não sendo algo comum no universo deste trabalho.

Essa dificuldade de encontrar homens heterossexuais HIV positivos também aparece de forma contundente nas narrativas de Tulipa, que é ativista de uma rede nacional de mulheres soropositivas. Em uma das nossas conversas, ela indagou sobre o papel do movimento social de HIV/aids em relação à participação de homens heterossexuais.

“O mov [movimento] me incomoda muito mais por outras coisas. Mas quanto a isso eh [é] um fato. Eu vejo q as bixas [bichas] estão [estão] a frente nesse sentido. Elas continuam protagonizando o ativismo da aids. Mas muitas pessoas estão[estão] de fora. Homens heteros [heterossexuais] nem se fala.” (Tulipa, 31 anos, mestiça, heterossexual, transmissão sexual)

Ao discutir essa distinta participação dos homens no movimento social da aids (homossexuais X heterossexuais), acho importante pontuar o seguinte aspecto: há estreita relação entre a participação de homens gays na luta contra a aids e os primeiros dados de mortalidade no Brasil; e neste período, as primeiras informações sobre essas mortes foram de homens gays brancos de classe média e alta. Isto fez com que ela fosse considerada “praga gay” ou “câncer gay” (LANDAU, 2011). Neste contexto, grupos relacionados aos direitos gays alcançaram importante espaço no ativismo (LANDAU, 2011). Entretanto, Tulipa problematizou o papel que os movimentos sociais em HIV/aids têm desempenhado diante do mais recente quadro da epidemia.

Nosso movimento eh [é] limitado. As lideranças se diferenciam da maioria da base. Realidades diferentes. Ai algumas realidades ficam invisibilizadas. Alguns assuntos... Historicamente o mov [movimento] de aids parte das classes medias. Gays brancos de classe media [média]. “Fizeram muito pela Aids sem duvida. Mas a epidemia tem mudado sabe, e muito. O mov [movimento] eh [é] como outros movimentos q tentam diluir diferenças[diferenças] em homogeneidade pela coisa em comum q temos q[que] eh [é] a própria [própria] Aids. Mas eh [é] preciso ser interseccional hj em dia. Os impactos da vivencia c [com] Aids esta [está] relacionado c

[com] outras coisas. Ai a experiencia [experiência] se diferencia. Eh [é] preciso juntar esses aspectos p [para] enxergar melhor a vida c [com] Aids. O mov [movimento] de Aids hj [hoje] q[que] eh [é] protagonizado por pessoas q [que] n [não] são [são] de classe media reproduzem o mesmo padrão [padrão], os mesmos formatos, as mesmas pautas, pq [por que] na vdd [verdade] eles q fazem o mov [movimento] no ambito [âmbito] mais geral, no âmbito [âmbito] maior e de mais respaldo [respaldo], entaum [então] a gente acaba copiando Precisamos de novas referencias. Novos dados. E uma pauta mais profunda. [...] Sei q a vida de quem vive c [com] aids por aki [aqui] eh [é] bem diferente do q a vida c [com] aids da maioria daqueles ativistas La. Principalmente os mais em foco e na real quando o mov [movimento] se apresenta como se as coisas estivessem melhorando, eles estao [estão] ocultando uma vida super complicada de muitas pessoas. Aids eh [é] uma parada muito grave ainda e muito serio. E se vc [você] for nos hospitais vai ver quem ta [está] La [lá] doente e quem ta [está] La [lá] morrendo. Conheço mulheres aki [aqui] q[que] n[não] vivem mais. Se isolam e estão [estão] c[com] depressao. A vida acabou pq [porque] elas tem aids.” (Tulipa, 31 anos, mestiça, heterossexual, transmissão sexual).

Então, para ela, assim como os achados do trabalho de Pereira e Nichiata (2011), que realizaram uma análise da produção bibliográfica acerca da organização da sociedade civil na luta contra a aids no Brasil, demandas recentes requerem uma revisão da participação da sociedade civil organizada e uma reorientação de suas lutas diante do contexto e complexidade da epidemia, atualmente marcada por mudanças epidemiológicas, avanços da terapia, e as novas tecnologias de prevenção.

Tulipa contou sobre a facilidade de homens gays HIV positivo se relacionarem em decorrência dessa hegemonia nos espaços do HIV/aids. Além disso, narrou acerca dessa “invisibilidade” de homens heterossexuais também fora das redes sociais, nos espaços de encontros do ativismo. Ademais, ela apresenta uma forma de analisarmos o porquê disso.

“Pras bixas os encontros eh o paraíso pros fretes Kkkkkk. Rola nada, aff Mas de boa. So q a gente devia se perguntar onde tao os bofe c Aids neh? E pq eles n estao no ativismo. Pq q eles existem, existem [...] A masculinidade neh. Se misturar c viados.. Os homens negros e da periferia entaum. Ja sao tao

estigmatizados. Os homens brancos e de classe media sao patriarcais e homofóbicos. A masculinidade eh um campo de analise nisso ai [...]Mas a coisa mais dificil eh encontrar algum homem hetero no nosso meio. Vivo dizendo isso nos encontros do ativismo...sempre muita mulher e gays..rs [...]Por causa dos fundamentos da masculinidade mesmo. Como interagir num ambiente de muitas mulheres e viados sendo macho?” (Tulipa, 31 anos, mestiça, heterossexual, transmissão sexual)

De fato, o conceito de masculinidade nos auxilia a pensar sobre o que Tulipa falou acima, na medida em que sua construção hegemônica é baseada nos referenciais heteronormativos. Além disso, no estabelecimento de relações hierárquicas e opressoras de gênero (MARQUES JUNIOR, GOMES e NASCIMENTO, 2012).

Ao descreverem sobre essa dificuldade com homens heretossexuais soropositivos, há um desejo de uma relação soroconcordante, que é também destacado por mulheres vivendo com HIV/aids do estudo de Moura, Lima e Silva (2012). Assim, Ipê e Tulipa narraram os motivos pelos quais seria interessante se relacionar com um homem que não fosse soronegativo para HIV. Já para Iris, “*não está [EM JOGO], mas de QQ [qualquer] forma pra ter um relacionamento sorodiferente o parceiro tem que ser bem desconstruído. Pq mt gente é beeeeem preconceituosa*”.

“É mais fácil. Ele conhece o problema. Teríamos coisas em comum. Eu tentei me relacionar com pessoas que não tem e todas me bloquearam me agrediram com palavras” (Ipê, 20 anos, negra, heterossexual, transmissão sexual).

“Ah se rolasse era bom viu Leonara [...] Seria perfeito encontrar alguém[alguém] q [que] eu gostasse e q ao mesmo tempo fosse como eu!! Mas hj [hoje]eu vivo uma relação ..e num [não] eh [é] isso q eu vivo.[...] Eu nunca vivi uma relação soroconcordante alem [além] da q me infectou [...]Sim! Certeza [QUE A RELAÇÃO TERIA MENOS DILEMAS] [...] ” (Tulipa, 31 anos, mestiça, heterossexual, transmissão sexual).

Há por trás destas narrativas um desejo de relacionamentos nos quais elas não precisassem passar por dilemas, medos ou aflições. A partir do que elas descrevem sobre suas relações, este tipo de envolvimento (soroconcordante) seria “*mais fácil*”

porque ambos vivenciaram a experiência de ser soropositivo e, desse modo, haveria aceitação do diagnóstico.

Este dado acerca da preferência de pessoas soropositivas por relações soroconcordantes também foi observado no estudo de Félix (2012), no qual as/os jovens desejam isto, porque, caso haja um “acidente”, rompimento de uma camisinha, por exemplo, os efeitos (uma reinfecção ou infecção por outra IST e/ou gravidez) não seriam “tão grandes” quanto o sentimento de culpa na possibilidade de uma infecção.

Além disso, essas narrativas das jovens revelam que a condição sorológica passa a mediar as relações, ou seja, aspectos de saúde, doença e performances corporais passam a ser elementos de agrupamento constituindo as biossociabilidades (ORTEGA, 2003; ORTEGA, 2004; ORTEGA, 2006).

Diante das implicações sociais que o HIV/aids proporciona, bem como sua longevidade, tem existido diferentes formas das PVHA se socializarem, buscando acolhimento e apoio social, tal como construção de relacionamento. Neste contexto, tanto os serviços de saúde, ONG's e a internet, com suas diferentes redes sociais e sites, tem se configurado como espaços para socialização.

A partir da biossociabilidade (RABINOW, 1999), grupos sociais que se organizam com base em critérios biológicos e aspectos da saúde, encontram na internet lugar privilegiado (FONTES, 2014), uma vez que é uma “instância que ensina e transmite informações, na qual os/as jovens procuram aprender sobre a *nova* condição” (FÉLIX, 2012, p.89). Em relação à sociabilidade online, todas as minhas interlocutoras participam do grupo secreto (RM), que serviu, para mim, como campo de encontro com elas. Entretanto, há jovens que participam de outras redes sociais, aplicativos ou frequentam site relacionados ao HIV/aids, bem como relacionados à sexualidade, para diversos fins.

Azaleia diz que participa de “*Grupos diversos. Tipo lgbt [Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros], Que uso pra falar sob o tema*”. Já Dália usa as redes sociais *Facebook* e o aplicativo *Whatsapp* para participar de grupos relacionados à temática do HIV/aids. Assim como Dália, Ipê também participa de grupos no *Whatsapp* e até criou um grupo nesse aplicativo.

“Sigo algumas paginas [NO FACEBOOK] e tô em dois grupos no whats [whatsapp], mas nem falo muito no grupo. Whats [whatsapp] eu nem tenho muito tempo de ver as conversas, não

dá pra acompanhar muito. Sem falar que eles conversam muuuuuuito” (Dália, 21 anos, branca, heterossexual, transmissão vertical).

“Par tipo de 2 no whats [[whatsapp]. O da X²⁵ e agora criei outro pra fazer zuera. Na verdade e só gay [QUE PARTICIPA] [...] Resenha. Só rola doideiras [...] Eu ataco todo mundo, brincando. Tipo dando em cima de todos” (Ipê, 20 anos, negra, heterossexual, transmissão sexual).

Nesse emaranhado de participações na rede online, vale a pena citar Rosa, administradora do grupo (RM) do *Facebook*, onde encontrei minhas interlocutoras. Foi Rosa, inclusive, a quem solicitei autorização para falar da minha pesquisa lá. Além desse grupo, ela é uma das criadoras e faz publicações em uma *fanpage*²⁶, que aborda Feminismo, Negritude, HIV, Resistência e Poesia. Outra jovem que gostaria de destacar nesta seção é Sálvia, que, além de participar do RM, disse que sempre acompanha as informações de um projeto social e ler matérias na internet.

Então os grupos depende de cada finalidade. A fanpage [...] tem um objetivo mais aberto que consiste em postar poemas, textos mais reflexivos. Os grupos secretos tem um propósito mais diretivo; acolher, tirar dúvidas (muitos desabafam). Vejo como importante uma vez que a [há] uma troca de saberes. Muitos não se sentem só no mundo e nesses espaços não tem medo de serem julgados. Já a importância pessoal eh [é] pq [porquê] me sinto como alguém que pode contribuir tanto com saberes quanto com a vivência de ser Hiv + [HIV positiva] saudável a anos (Rosa, 24 anos, negra, bissexual, transmissão vertical)

Eu quis interagir pessoas que vivem com hiv assim como eu. Pessoalmente, que eu saiba, eu conheço apenas meu ex marido, que não falava a respeito disso. Achei também que poderia compartilhar de que todos podem viver bem. Até descobri que eu não sou a única com os sonhos mais malucos, ahahah [risos]. (Sálvia, 26 anos, branca, heterossexual, transmissão sexual).

²⁵ Foi retirado o nome da pessoa que administra, para preservar o anonimato.

²⁶ É uma página específica dentro do *Facebook* direcionada para empresas ou marcas. Fonte: www.aldabra.com.br. Acesso 09/02/2017.

De modo geral, ao entrar nesses grupos, do *Facebook* e *Whatsapp*, as narrativas revelam que os objetivos foram o de conhecer pessoas. Além disso, minhas interlocutoras desejavam compartilhar experiências sobre tratamento e relacionamentos, encontrar um espaço para acolhimento, mesmo que a dinâmica de cada rede social e/ou aplicativos dificulte ou facilite as interações e acompanhamento dos conteúdos.

“Eu entrei com o intuito de conhecer novas pessoas, novas histórias, conhecer mais sobre esse mundo dos soropositivos. Mas com a correria não dá pra acompanhar muito! Eles conversam d+++++. [demais]” (Dália, 21 anos, branca, heterossexual, transmissão vertical).

“Tem [IMPORTÂNCIA]. Alegria as pessoas e [é] muito bom. Lá no face [Facebook] e aqui no whats [whatsapp] tbm [também]. Eu procuro encontrar amigas e amigos e pra me ajudar a enfrentar” (Ipê, 20 anos, negra, heterossexual, transmissão sexual).

De fato, nos grupos *online* que Ipê participa, e que também faço parte (no *Facebook* e *Whatsapp*), ela tem essa característica de propiciar humor. Ipê é extremamente participativa, publicando várias piadas, textos com cantadas e paqueras. Inclusive, recentemente no RM, ela foi alvo de críticas por outros membros do grupo, que consideraram esses conteúdos inadequados para serem compartilhados naquele espaço, o que gerou toda uma mobilização de outros (alguns verbalizaram que sairiam do grupo, pois estava fugindo à finalidade). Destaca-se, portanto, que estes grupos, para além de serem espaços de acolhimento, são também de conflito. Nesse sentido, ao tempo em que a condição soropositiva as aproxima, outros elementos da vida social podem distanciar as pessoas.

É importante também destacar que nem todas essas mulheres pensam ou valorizam a construção de relacionamentos através das redes sociais ou aplicativos da mesma forma. Por exemplo, para Dália, tal finalidade não a atrai, havendo, para ela, a necessidade da presença física, do contato pessoal.

“Ah então as vezes aparece alguns homens desses grupo [NO WHATSAPP] vindo falar comigo no privado... Mas até aí foi algo que nunca passou pela minha cabeça. Se fosse um grupo

onde pudéssemos nos reunir e que fossem todos aqui de perto talvez quem sabe.. Não curto relacionamentos virtuais. Se fosse presencial acho que poderia acontecer sim!” (Dália, 21 anos, branca, heterossexual, transmissão vertical)

Por outro lado, para Ipê, isso parece ser bem possível, envolver-se ou conhecer alguém para construir um relacionamento a partir desses grupos. Mas a dificuldade está em encontrar homens heterossexuais vivendo com HIV/aids. Iris segue essa mesma linha de pensamento sobre a dificuldade em encontrar homens heterossexuais hiv positivos nas redes sociais online para um relacionamento: *“amoroso? [...] mas a maioria são homossexuais. Ao menos tds [todos] que conheço são RS [risos]”*. Entretanto, ela me relatou uma conversa com um rapaz que ela conheceu pelo Tinder²⁷. Ao perguntá-la se usou o aplicativo para buscar um relacionamento amoroso, ela diz *“Será? Acho que não hein [...]Eu só queria saber como funcionava [...] Conhecer gente”*.

Deste modo, para as interlocutoras desta pesquisa, os espaços *online* têm desempenhado papel importante em suas vidas a partir da condição sorológica, auxiliando em informações sobre tratamento e apoio social. Por outro lado, ainda que as dificuldades sejam mais explícitas, essas redes sociais podem mobilizar expectativas sobre possibilidades de engajamentos em novos relacionamentos afetivos. Tal constatação é também observada no estudo de Félix (2012), o qual apontou que a internet possibilita encontrar pessoas soropositivas e relacionar-se com elas, sem que o HIV interfira ou cause problemas, como nos relacionamentos sorodiscordantes (FÉLIX, 2012).

Em diferentes momentos das trajetórias parcialmente reconstruídas aqui, pudemos observar que o HIV ordenou de diversos modos os relacionamentos de minhas interlocutoras, repercutindo consideravelmente em suas subjetividades e no modo como agem nas relações sociais amorosas, mas também ele agenciou as suas práticas sexuais.

6.2. O HIV/AIDS E AS PRÁTICAS SEXUAIS

O HIV/aids repercutiu na construção e no modo de vivenciar as relações das jovens desta dissertação. O vírus, que pode ser transmitido por via sexual, pode também

²⁷ O *Tinder* é um aplicativo para conhecer pessoas.

reorganizar os modos como as relações sexuais se desenrolam. Nas narrativas das interlocutoras desse trabalho, é possível conhecer como o HIV influenciou ou não suas práticas sexuais. Entretanto, no meu universo de pesquisa, houve jovens que já tiveram algum tipo de envolvimento amoroso, mas não haviam tido relações sexuais.

6.2.1. Virgindade, Afeto e Sexo

Diferentes circunstâncias interferem no início das relações sexuais de uma mulher. Com as minhas interlocutoras, isso não foi diferente. Entre aquelas com quem conversei durante esses meses, Iris e Dália ainda não eram “vírgens”. Sobre nunca ter tido relações sexuais, Iris disse: “*Ah, bate a curiosidade, né [não é]?!*”. Mas ambas apresentam justificativas semelhantes para isso. Dália disse: “*Relações sexuais pra mim só depois do casamento*”, tal como Iris.

“Nunca [ELA E O EX-NAMORADO] tivemos relações [RELAÇÕES SEXUAIS], era mais de alma msm [mesmo] [...] Igrejas pregam isso. Se guardar. Não tive relações sexuais com ninguém e, não penso que tenha que ter só depois [depois] do casamento, mas acho que tem que ser com alguém que goste, ao menos [menos] acho isso. (Iris, 19 anos, mestiça, heterossexual, transmissão vertical).”

A religião como sistema que dita normas e valores éticos e morais (MENEZES e SANTOS, 2013) interfere no âmbito da sexualidade, na iniciação sexual, assim como interfere na construção dos envolvimento amorosos destas interlocutoras, o que já foi destacado aqui. As narrativas acima, de duas jovens evangélicas, revelaram que suas relações sexuais devem acontecer após o casamento, mesmo Iris revelando que “*bate uma curiosidade*”. Com isso, observo uma associação entre início das relações sexuais e a religião, também encontrada em outros estudos com jovens (BOZON e HEILBORN, 2006; MENEZES e SANTOS, 2013) e em uma revisão de literaturas nacional e internacional sobre a relação entre religião, religiosidade e iniciação sexual de adolescentes e jovens (COUTINHO e MIRANDA-RIBEIRO, 2014).

Ademais, e por influência religiosa e de questões de gênero que se imbricam, há nas narrativas um entendimento de que o casamento é “espaço” para as relações sexuais femininas, assim como no trabalho de Silva et al.(2008), no qual, tanto para jovens

evangélicos pentecostais quanto para suas autoridades, o exercício da sexualidade tem que ser praticado exclusivamente no matrimônio.

Sobre a vida sexual, Iris e Rosa apresentam narrativas semelhantes quando ambas destacam um elemento: a necessidade de ligação entre afeto e sexo nas suas práticas sexuais.

“[...] É pq [por que] eu acreditava no amor que eu sentia. Ah sei lá. Seria MT [muita] imaturidade pensar no sexo em si, mas eu me acho MT [muito] imatura neste sentido, sabe? Ah Sei lá... Tô [estou] me sentindo um objeto. Enquanto fui útil a ele. Ele me usou.” (Iris, 19 anos, mestiça, heterossexual, transmissão vertical).

“No geral eu não sou de namorar muito. Vc [você] já ouviu falar de demisexual? Então um longo período da minha achava que não era normal, pois não tinha vontade de sair pra balada (ainda não tenho rs [risos]) e ficar com "geral". Aí fui pesquisar sobre. E me "encaixei" em ser demisexual. Para eu me relacionar com a pessoa preciso de um mínimo de vínculo emocional ou intelectual. Então nessa "era" do ficar por ficar eu não me encaixo rs [risos] [...] Não necessariamente nessa era rs [risos] . Não eh [é] uma "definição" nova [...] exatamente precisa de um vínculo que pode demorar um certo tempo. Não consigo por ex sair e olhar a pessoa e já beijar do nada, ao menos preciso conversar (conhecer minimamente).” (Rosa, 24 anos, negra, bissexual, transmissão vertical)

Uma possibilidade de pensar sobre isso diz respeito à construção social do gênero feminino, onde “há subsunção do sexo à afetividade, aqui designada como perspectiva relacional referente à sexualidade” (HEILBORN, CABRAL e BOZON, 2006). Rosa, então, considerou que começou sua vida sexual tarde, mesmo já namorando antes. Suas práticas sexuais aconteceram a partir do relacionamento com sua ex-namorada, que é HIV positiva.

“Não tive relações [SEXUAIS] [...] não quis, não me achava preparada [...] Pq [porque] não namorei apenas ficava e digamos que pros finalmente é preciso um longo caminho. [...]

Relação sexual foi algo que me aconteceu "tardamente" nunca tive vontades, apesar de ter namorado sério um jovem (tbm [também] vivendo). Não tive relações com homens ainda, apesar de me considerar Bissexual só tive relações sexuais com minha atual namorada [AGORA EX-NAMORADA] “(Rosa, 24 anos, negra, bissexual, transmissão vertical).

Entretanto, quanto às relações sexuais com parceiros ou parceiras, durante a produção desta dissertação, ao longo das narrativas das jovens, observei os diversos modos com que o HIV/aids impactaram nas suas práticas sexuais, ainda que algumas verbalizassem que não ocorreram mudanças.

6.2.2. Implicações do HIV/aids nas práticas sexuais

A sorologia positiva para o HIV pode provocar modificações nas modalidades das práticas sexuais, pois atos sexuais são vias de transmissão do vírus, o que gerou diferentes implicações na sexualidade das interlocutoras deste trabalho. Dente de Leão e Ipê, por exemplo, apontaram mudanças nas suas vidas sexuais. Para Dente de Leão, após a descoberta da sorologia, houve uma “*diminuição da libido*”; e para Ipê, ocorreram alterações das práticas sexuais:

“Mudou. Meu receio de alguma forma transmitir. E tipo tem a questão do sexo oral, que não pode [...] Vai que a camisinha fura. Acontece algum insidente [incidente]. Eu me sinto menos mulher, sabe. Não acho que nem um homem vai me amar assim. Nunca vou poder fazer Tdo [tudo] que uma pessoa normal faz” (Ipê, 20 anos, negra, heterossexual, transmissão sexual).

Em outros momentos desta dissertação, o medo de transmitir o vírus para o parceiro também aparece. Aqui, é o caso de Ipê, que mostra, explicitamente, como isso afeta suas relações sexuais, o que a deixa de se considerar uma pessoa “*normal*” e a impossibilitando de usufruir de uma prática sexual que, para ela, é prazerosa: o sexo oral. Esta associação entre prazer e prevenção foi encontrada na tese de Félix (2012), a qual aponta que “*estética e cuidados, prazer e afeto, intimidade e prevenção misturam-se, confundem-se e assumem um papel importante na vida sexual e nas práticas dos/as*

jovens+” (p. 111). As alterações vividas por Dente de Leão e Ipê foram também observadas em trabalhos com mulheres soropositivas (CORIOLANO, VIDAL e VIDAL, 2008; MOURA, LIMA e SILVA, 2012). Nesse sentido, é importante destacar que a esfera sexual implica uma “satisfação subjetiva durante o exercício de experiências consigo e com seus pares” (CORIOLANO, VIDAL e VIDAL, 2008, p.80); satisfação esta que foi alterada para estas jovens em função do vírus.

O HIV também modifica os modos como mulheres jovens se protegem nas relações sexuais. Quando a infecção é por via sexual, é possível pensar que, em algum momento, a proteção “falhou”. Sálvia disse que, no atual relacionamento, que começou após a descoberta da sorologia, medidas preventivas “*sempre existiu, achamos que é melhor assim*”, tal como Azaleia.

“Não mudamos não, até porque sempre procurei me prevenir [prevenir]. Então normal [...] Quando disse que nada mudou com minha namorada e por que antes de eu descobrir eu já [já] tinha o abto [hábito] de usar preservativo” (Azaleia, 21 anos, branca, lésbica, transmissão por tatuagem).

No que diz respeito à prevenção, é importante chamar atenção para os novos discursos e práticas biomédicas. No caso de Rosa, ao descrever sobre suas relações sexuais com sua ex-namorada, observo que ela faz uso das novas tecnologias de prevenção ao HIV/aids, focadas na biomedicina, para gerenciar como suas relações sexuais acontecem.

“Ambas estávamos/estamos indetectáveis, logo Eh [é] uma proteção. Se uma das duas tivéssemos com carga usaríamos a “sainha”²⁸. Ah tbm [também] não usamos consolo (objetos) que houvessem penetração (neste caso recomendasse o uso, caso seja utilizado apenas um na relação e rolasse troca)” (Rosa, 24 anos, negra, bissexual, transmissão vertical).

²⁸ Um lençol de látex para ser usado tanto no sexo oral como no tribadismo (prática de ato sexual lésbico). Fonte: http://lounge.obviousmag.org/toda_prosa/2016/07/revolucao-sexual.html. Acesso em: 24/03/2017.

No seu relacionamento atual, em que sua namorada não é soropositiva para o HIV, Rosa continua atribuindo à sua carga viral indetectável como forma de proteger sua companheira, evitando a transmissão do vírus.

“fazemos sexo normalmente [...] Conversamos sobre isso, e chegamos à conclusão que não existe método de prevenção para lésbicas e sim redução de danos...tanto cortar camisinha, ou usar filme de cozinha para reduzir chance de infecções não são formas de prevenção...a gente não usa nenhum tipo de redução de danos, uma vez que ambas realizaram testes de DST [doenças sexualmente transmissíveis] (e ela de Ist [infecções sexualmente transmissíveis] já que realiza testagem rápida de HIV com frequência) e estou com cv [carga viral] indetectável, não deixo de tomar uma dose dos meus arvs [antirretrovirais] a alguns anos” (Rosa, 24 anos, negra, bissexual, transmissão vertical)

Assim como Rosa, Tulipa, mesmo contando sobre uso de preservativos, também faz uso do conhecimento sobre a carga viral indetectável para justificar a dificuldade de transmitir o vírus para seu parceiro atual, que não sabe sobre sua sorologia, quando o uso do preservativo falha.

“Uso camisinha na hora da penetração [penetração], antes disso rola tudo normalmente. Aconteceu duas vezes na nossa relação [relação] da camisinha furar, a ultima vez foi mes [mês] passado. Mas to [estou] tranquila, estou c [com] meus exames indetectáveis [indetectáveis] e sei q [que] tb [também] nao [não] eh [é] assim como pensa [...]Num [não] eh [é] assim tricou [triscou] pegou. Mas tudo eh [é] uma apreensão [apreensão] e medo” (Tulipa, 31 anos, mestiça, heterossexual, transmissão sexual).

Este discurso de estar indetectável para justificar algumas ações nas práticas sexuais também foi observado no trabalho de Reis e Gir (2009). Neste caso, tal ideia impediu que os participantes do estudo adotassem outras medidas preventivas, tão importantes quanto esta. Além disso, estas narrativas revelam como estratégias empreendidas pelo ministério de saúde brasileiro para prevenção do HIV têm impactado

nas relações sexuais de PVHA, neste caso, na medida em que estar indetectável lhes promove certo alívio quanto à possibilidade de não transmissão do vírus.

Durante o tempo em que venho acompanhando o grupo de pessoas vivendo com HIV/aids no *Facebook*, percebo como tem existido uma busca para alcançar o “nível” indetectável de carga viral, não somente por esse revelar as condições da infecção, mas por informar sobre o cuidado que cada um/a tem com a sua saúde e, principalmente, impacto nas relações sexuais.

Esse discurso de estar indetectável, o que conseqüentemente dificulta a transmissão do vírus, é uma forma de prevenção incentivada pelo Estado brasileiro. No protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos, publicado pelo Ministério da Saúde brasileiro, em 2013, nota-se a recomendação do início da TARV independentemente da quantidade de células CD4. Isto para possibilitar a diminuição da transmissão por quem tem o HIV. Vinculado a isto está a meta “90-90-90” da UNAIDS (2014), que busca pôr fim à aids no mundo. De fato, estudos como o de Cohen, McCauley e Gamble (2012) apontam para o benefício do “tratamento como prevenção” (TCP), que é mais uma estratégia para a prevenção combinada (UNAIDS, 2014), mas é também importante considerar as repercussões da medicalização imposta neste tipo de prevenção. Embora haja benefícios, não se pode perder de vista discussões que levem em conta os aspectos estruturais, como as questões de gênero, que, por exemplo, dificultam o uso de algumas medidas preventivas.

O preservativo masculino ainda é a principal estratégia para prevenção adotada, mesmo que, em determinados momentos, ele seja questionado pelos parceiros, os quais não desejam fazer uso disso. Dente de Leão, por exemplo, conta que, após a descoberta do diagnóstico, não há relações sexuais sem sua utilização: “*Quando acontece, que é quase nunca, eu exijo. Se não, não rola*”.

Um aspecto que me chamou atenção nas narrativas foi a inquietação de algumas jovens sobre sua responsabilidade na prevenção. Isto porque elas se atribuem um sentido de “risco”.

“Leonora minha flor eu contei que tinha hiv pra um rapaz estávamos ficando a 2 meses saímos 2 vezes usamos camisinha tipo eu não fui um risco pra ele.”(Ipê, 20 anos, negra, heterossexual, transmissão sexual).

“A gente fala de prevenção [prevenção], mas n [não] da vida c [com] Aids [...] Isso prejudica nossa plenitude demais. Eu tenho ctza [certeza] q algumas pessoas me condenariam se soubessem q tenho aids e n[não] falei c[com] elas. Pessoas q [que] já [já] fiquei. Mesmo q eu tenha usado proteção [proteção], ainda assim o contato c [com] alguém c [com] aids eh [é] um risco negativo” (Tulipa, 31 anos, mestiça, heterossexual, transmissão sexual).

“Responsabilidade é minha. O problema está comigo. Tenho que dormir de consciência tranquila. Se eles não se cuidam com outras, é problema deles. Mas de mim ninguém terá nenhuma contaminação” (Dente de Leão, 28 anos, branca, heterossexual, transmissão sexual).

Assim como no estudo de Félix (2012), os/as jovens mencionaram os termos “culpa” e “responsabilidade”, existindo um medo nas/os jovens do seu trabalho, assim como nesta dissertação, de infectar o/a parceiro/a. Este sentimento é justificado pela autora através do discurso de cuidado consigo e com os outros. Deste modo, os/as jovens soropositivos/as aparecem como responsáveis em proteger o/a outro/a. Há, também, essa ideia por trás do discurso da “prevenção *positiva*”, mesmo que se considere a responsabilidade mútua (BRASIL, 2007). Todavia, é importante destacar que esta responsabilidade é atravessada por diversos elementos e contextos socioculturais, como as relações de gênero.

Nessas narrativas, está imbricada uma forte noção de corpos como fontes de “risco” ao outro, a meu ver uma herança do uso epidemiológica da noção de grupo de risco para HIV/aids e, posteriormente, da ênfase ao comportamento de risco, como pauta de ações preventivas. Para estas jovens e PVHA do trabalho de Melo et al.(2016), tal como para os jovens do estudo de Galano et al. (2016), há uma responsabilização sobre a prevenção e necessidade de cuidado redobrados. Além disso, há preocupação, por parte dos/as cuidadores/as, com o “perigo iminente” da sexualidade de adolescentes e jovens vivendo com HIV (PAIVA et al.,2011) e de que seus “comportamentos sexuais de risco” sejam despertados (BAKEERA-KITAKA et al.,2008).

A responsabilização em se cuidar e não transmitir o vírus, expressa pelas minhas interlocutoras, ao atribuírem a si mesmas o sentido de “risco” para o outro, pode ser traduzido pela necessidade do “cuidado de si” ou “governo de si”, que organiza o modo como se comportar e viver através das práticas médicas ensinadas (FOUCAULT, 2011),

ou seja, “modo de encarar as coisas, de estar no mundo, de praticar ações, de ter relações com o outro” (FOUCAULT, 2006b). No âmbito do HIV/aids, o cuidado consigo é inseparável do cuidado com o outro, o que exige uma série de itens “prescritos”, como, por exemplo: usar preservativos em todas as relações sexuais.

Nessa direção, para CUNHA (2012), a partir de um estudo etnográfico em oficinas de cunho pedagógicos de um projeto para jovens vivendo com HIV/aids, este controle de si, autocontrole, é resultante de um “esforço colaborativo do próprio sujeito, que entende a “necessidade” de operar um controle sobre si, sobre o seu próprio corpo, com referência a um contexto que lhe confere pleno sentido.”(p.75). Para Félix (2012), desde que conhecem o diagnóstico, os/as jovens são ensinados/as a cuidar da própria saúde, da sua vida e da sua prevenção, e, assim, estariam cuidando, também, das pessoas com as quais se relacionam. Dessa forma, seus corpos passam a ter significados associados a “risco” e “perigo”, que são “expressados” e “pacificados” de modo positivo pelo cuidado de si (CUNHA, 2012). As narrativas aqui revelam também como há, ainda, em discursos preventivos sobre HIV/aids, um esforço da biopolítica (FOUCAULT, 2006a) na tentativa de controle e regulação dos corpos, na forma de autogestão do risco, na medida em que esses corpos são vistos como “perigosos” para a disseminação do HIV (CUNHA, 2012).

Em relação à noção de risco, Castiel (1996) aponta que esta categoria, na modernidade tardia, é base preditiva e legitimadora das medidas de prevenção em saúde, e seu gerenciamento ocorre no âmbito privado e de responsabilidade do indivíduo. Entretanto, premissas pautadas nessa perspectiva dirigem ações insensíveis, culpabilizantes, limitadas e de efetividade restrita. Nesta direção, no contexto do HIV/aids, de acordo com Ayres (2002), o “risco” é um conceito útil, mas limita, já que pode afastar-se de elementos da realidade que são fundamentais na prevenção, como a intersubjetividade, interação, significação e dinamicidade. Por isso, a necessidade de ampliar a noção de risco para vulnerabilidade.

Finalmente, conforme discutido ao longo deste capítulo, diferentes foram as repercussões que o HIV teve nos relacionamentos amorosos e sexuais de mulheres jovens vivendo com HIV/aids. Há, assim, mudanças importantes que ocorreram nas suas trajetórias e nas suas práticas sexuais.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo, a partir da descrição das relações afetivo-sexuais de mulheres jovens vivendo com HIV/aids, que fazem uso de redes sociais online, apontou que há diferentes implicações em seus cotidianos, especificamente, nos envolvimento afetivos, proporcionando para algumas delas (principalmente para as que foram infectadas por via sexual) uma reorganização no seu modo de se relacionar.

As jovens infectadas por via vertical, desde logo cedo vivenciam repercussões do HIV/aids em suas vidas. Outras (infecção via sexual, por exemplo) passam a viver isto mais tarde, após o início das relações afetivas e sexuais. Para estas, sendo o momento marcado por desespero, perspectiva de finitude da vida e até mesmo sentem medo de não mais se relacionar. Para algumas, o HIV não impactou em sua trajetória de relacionamentos ou na construção deles em algum momento da sua vida, isto por que a sorologia sempre foi revelada ou vivem relações soroconcordantes.

Algumas convivem, em sua trajetória, com relacionamentos heterossexuais “abusivos”. Em seu cotidiano, lidam com a rejeição dos parceiros após a revelação da sua condição sorológica, que é ainda carregada de preconceito e estigma, e mudam suas práticas sexuais, negociando o prazer e a prevenção. Mas também, há narrativas em que se nota apoio por parte do parceiro ou parceira após a revelação.

De modo geral, jovens soropositivas passam a viver com grande responsabilização em se cuidar e não transmitir o vírus. Além disso, atribuem a si mesmas o sentido de “*risco*” para o parceiro, o que as motiva a uma extrema necessidade do “cuidado de si” ou “governo de si” (FOUCAULT, 2011). No âmbito do HIV/aids, o cuidado consigo é inseparável do cuidado com o outro, exigindo delas, por exemplo, o uso de preservativos em todas as relações sexuais. Isso, geralmente, é questionado pelos parceiros e as coloca em situações de difícil resolução, o que, algumas vezes, resulta na evitação de relacionamentos. Assim, convivem com o medo da possibilidade de transmissão do vírus e o sentimento de culpa. Nessa direção, nas narrativas, foi possível constatar a incorporação dos novos discursos biomédicos no campo do HIV/aids, como o conhecimento da carga viral indetectável como forma de prevenir a transmissão do vírus.

Ademais, mulheres heterossexuais vivenciam o desejo de envolvimento com homens heterossexuais soropositivos, de modo a evitarem os dilemas, medos ou aflições

que estão presentes nas relações sorodiscordantes/sorodiferentes (com alguém de condição sorológica diferente; neste caso, HIV negativo). Desta maneira, aspectos de saúde e doença são elementos de agrupamento que passam a constituir o que podemos chamar de biossociabilidades (RABINOW, 1999).

A partir do que foi narrado nesta dissertação, os espaços *online* as auxiliam principalmente com informações sobre a terapia, bem como o apoio social, ainda que haja, em menor grau, o desejo de engajar-se em relacionamentos provenientes do ambiente virtual. Isto parece ter um obstáculo que é a dificuldade de conhecer homens heterossexuais soropositivos nestes ambientes; ao menos tendo como referência os espaços que frequentei.

É preciso destacar uma especificidade deste trabalho. As narrativas foram produzidas a partir de jovens que fazem uso de diversos recursos tecnológicos, com acesso à internet e às diversas possibilidades de organização e informação que ela propicia. E isto demarca o lugar do qual elas falam, afinal é possível pensar que a internet e essa forma de participação em grupos não é universal às PVHA, e especificamente às mulheres.

O desenvolvimento desta dissertação se deu a partir do uso destes recursos, particularmente do celular. Esta metodologia aproxima e possibilita conversar com pessoas de diferentes regiões. E mais que isso, pode auxiliar no acompanhamento do cotidiano a partir do que elas contam. Por outro lado, devido à dinâmica de uso de aplicativos de conversação, há, por vezes, imediatismo nas respostas e, conseqüentemente, na conversação, como também um “vácuo” de dias entre uma pergunta e uma resposta, o que dificultou, em alguns momentos, o desenrolar das conversas.

Destaco, ainda, a necessidade de estudos que possam compreender com maior ênfase aspectos como raça, classe social e escolaridade, por exemplo. e seus impactos na vivência dos relacionamentos afetivo-sexuais de mulheres jovens soropositivas. Entendo que isto é um aspecto importante, mas que não foi tão evidenciado neste estudo, em que o foco das análises ficou circunscrito entre gênero e HIV/aids.

Finalmente, essas considerações, em linhas gerais, e específicas ao meu universo de trabalho, podem, possivelmente, revelar como outras jovens soropositivas têm vivido, ainda que haja diferenças a partir da raça, classe social, escolaridade, entre outros aspectos. Estas mulheres jovens que vivem com HIV/aids, como outras,

enfrentam diversas dificuldades presentes na nossa sociedade machista e patriarcal, mas têm peculiaridades, as quais são próprias da sua condição sorológica e que precisam ser consideradas, o que já acontece por parte dos movimentos sociais de mulheres que vivem com HIV/aids, os quais desempenham um papel importante. Mas é indispensável que as esferas governamentais considerem especificidades do “ser mulher”, tanto nas campanhas produzidas para a prevenção, como para o tratamento. Há de serem mais sensíveis às diferentes realidades e à influência das relações de gênero na epidemia, a qual tem sido marcada por mudanças epidemiológicas, avanços da terapia e novas tecnologias de prevenção, mas que, ainda, persistem outros elementos, como o preconceito e a discriminação.

REFERÊNCIAS

- ALENCAR, T.M.D de; NEMES, M.I.B; VELLOSO, M.A. Transformações da "aids aguda" para a "aids crônica": percepção corporal e intervenções cirúrgicas entre pessoas vivendo com HIV e aids. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 13, n. 6, p. 1841-1849, Dec. 2008 . Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000600019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 Nov. 2015.
- AMARAL, A. Etnografia e pesquisa em cibercultura: limites e insuficiências metodológicas. **REVISTA USP**, São Paulo. N.86, p. 122-135. Jun/ago 2010. Disponível:< <http://www.revistas.usp.br/revusp/article/view/13818/15636>> Acesso em: 27 set.2015.
- AMORIM, C.M de; SZAPIRO, A.M. Analisando a problemática do risco em casais que vivem em situação de sorodiscordância. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 13, n. 6, p. 1859-1868, Dez. 2008 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000600021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 Abr. 2017.
- ANJOS et.al. Diferenças entre adolescentes do sexo feminino e masculino na vulnerabilidade individual ao HIV. **Rev Esc Enferm USP**. v. 46, n.4, p. 829-837, 2012. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/reusp/v46n4/07.pdf>>. Acesso em: 26 set.2015.
- AQUINO, L.. A juventude como foco das políticas públicas. In: Castro, J.A; Aquino, L.M.C; ANDRADE, C.C (Orgs.), **Juventude e Políticas Sociais no Brasil**). Brasília: IPEA. 2009, p. 25-39.
- AYRES, J.R.C.M. Educational practices and the prevention of HIV/Aids: lessons learned and current challenges, **Interface _ Comunic, Saúde, Educ**, v.6, n.11, p.11-24, 2002. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/icse/v6n11/01.pdf>>. Acesso em: 03 Abr. 2017.
- AYRES, J.R.C.M et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D; FREITAS, C.M (ORGs). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2003. p. 117-39.
- BAKEERA-KITAKA, S. Sexual risk reduction needs of adolescents living with HIV in a clinical care setting. **AIDS Care**. v. 20, n.4, abril 2008, p.426-433. Disponível em:< <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18449819> > Acesso em 03 mar 2016.
- BARBOSA, R. Negociação sexual ou sexo negociado? Poder, gênero e sexualidade em tempos de Aids In: Sexualidades pelo avesso. In: BARBOSA, R; PARKER, B. **Sexualidades pelo Averso: Direitos, Identidades e Poder**. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/São Paulo: Editora 34, 1999, p. 73-88.
- BARREIRA, C. Sexualidade para a liberdade. In: LOBATO, A.L. (orgs). **Jovens mulheres e políticas públicas**. Brasília: Presidência da República, 2014. P. 191-200.

BASTOS et.al. Representações sociais da vulnerabilidade de mulheres negras e não negras à infecção pelo HIV/AIDS. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.21, n.3, p-330-336, jul/set 2013. Disponível em: < <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuertj/article/view/7515/5438>> Acesso em: 26 set.2015.

BELELI, Iara. O imperativo das imagens: construção de afinidades nas mídias digitais. **Cad. Pagu** [online]. n.44, p. 91-114, 2015. Disponível em<http://www.scielo.br/pdf/cpa/n44/pt_0104-8333-cpa-44-00091.pdf 22.12.15> Acesso em:03 mar 2016.

BERNARDES, A.G.; GUARESCHI, N. Estratégias de produção de si e de biotecnologias. **Psicol. estud.** [online]. v.12, n.1, p. 151-159. 2007. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/pe/v12n1/v12n1a17.pdf>> Acesso em: 27 set.2015.

BOTTI L.M et.al. Convivência e percepção do cuidado familiar ao portador de HIV/AIDS. **Rev. enferm. UERJ**. v. 17, n.3, p.400-405, 2009. Disponível em:< <http://www.facenf.uerj.br/v17n3/v17n3a18.pdf>> Acesso em: 26 set.2015.

BOZON, M.; HEILBORN, M.L. “As carícias e as palavras. Iniciação sexual no Rio de Janeiro e em Paris, **Novos Estudos CEBRAP**, nº 59, p.01-29, março 2001. Disponível em:< http://novosestudios.uol.com.br/v1/files/uploads/contents/93/20080627_iniciacao_sexual.pdf > Acesso em: 16 mai 2017

BRASIL. Ministério da Saúde. **Curso básico de vigilância epidemiológica em sífilis congênita, sífilis em gestante, infecção pelo HIV em gestantes e crianças expostas** Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em:< http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/CBVE_sifilis.pdf> Acesso em: 03 abr 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção Positiva**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível:< http://www.aids.gov.br/sites/default/files/prevencao_positiva.pdf> Acesso em: 03 abr 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013, Disponível:< http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2013/55308/protocolo_13_3_2014_pdf_28003.pdf> Acesso em: 27 set.2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico Aids/DST**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível:< http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/58534/boletim_aids_11_2015_web_pdf_19105.pdf>. Acesso em: 03 mar 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico Aids/DST**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível:< http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2016/59291/boletim_2016_1_pdf_16375.pdf >. Acesso em: 03 abr 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Técnico de Elaboração da Cascata de Cuidado Contínuo do HIV**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível:< http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2017/59401/manual_tecnic_o_cascata_final_web_pdf_64715.pdf> Acesso em: 03 abr 2017.

BRITO, A.M. de et al . Tendência da transmissão vertical de Aids após terapia anti-retroviral no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 40, supl. p. 18-22, Abr. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000800004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 03 Abr. 2017.

BRUM, C.N. de et al . Revelação do diagnóstico de HIV para o adolescente: modos de ser cotidiano. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 679-684, Dez. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452015000400679&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 Abr. 2017.

BRUNO, F. MEDIAÇÃO E INTERFACE: incursões tecnológicas nas fronteiras do corpo. In: DA SILVA, D. F.; FRAGOSO, S. (Orgs.). **Comunicação na cibercultura**. São Leopoldo: Unisinos, 2001, p. 191-215. Disponível em:< <http://www.ekac.org/USINOS-MedInterface.pdf> > Acesso em: 04 mar 2016.

BUCHOLTZ, M. Youthand Cultural Practice. **Annual Review of Anthropology**, v.31, p. 525-552, 2002. Disponível em:< http://www.linguistics.ucsb.edu/faculty/bucholtz/sites/secure.lsit.ucsb.edu.ling.cms_bucholtz/files/docs/publications/Bucholtz2002-AnnualReview.pdf> Acesso em: 27 set.2015.

BUSSE, P.; CURIOSO, W.H. Internet use and the Network composition of peopleLiving with HIV/AIDS in an Urban Area in Peru. **AIDS Behav**, v.10, p.1371-1375, (2010). Disponível em:< <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19488849>> Acesso em 03 mar 2016.

BUTLER, J. Problemas de gênero. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira, 2003. 236 p.

CARVALHO, C.M.L; GALVAO, M.T.G. Enfrentamento da AIDS entre mulheres infectadas em Fortaleza - CE. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 90-97, Mar. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000100012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 Abr. 2017.

CASTELLANOS, M.E.P. A narrativa nas pesquisas qualitativas em saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 4, p. 1065-1076, abril 2014 . Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000401065&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 Mar. 2016.

CASTIEL, L. D.: 'Living among exposures and ailments: the theory of risk relativity'. **História, Ciências,**

Saúde—Manguinhos, III, n.2, p:237-264, Jul-Oct. 1996. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v3n2/v3n2a03.pdf> >. Acesso em: 03 Abr. 2017.

CECHIM, P.L.; SELLI, L. Mulheres com HIV/AIDS: fragmentos de sua face oculta. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 60, n. 2, p. 145-149, Abr. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000200004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 Abr. 2017.

COHEN, M.S.; McCAULEY; GAMBLE, T.R. **HIV treatment as prevention and HPTN 052**. *Curr Opin HIV AIDS*. V.7, n.2, p.99-105, mar 2012. Disponível em:< <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3486734/pdf/nihms-409483.pdf>>. Acesso em: 03 Abr. 2017.

CONJUVE. Conselho Nacional de Juventude (Org.) Política nacional de juventude: diretrizes e perspectivas. São Paulo: Fundação Friedrich Ebert, 2006, p.140f.

CORIOLOANO, M.W.de L.; VIDAL, E.C.F.; VIDAL, E.C.F. Percepções de mulheres que vivem com hiv frente às experiências sexuais. **Rev. RENE**. V.9, n.1, p.77-85, jan.-mar. 2008. Disponível em:< <http://www.periodicos.ufc.br/index.php/rene/article/view/4999/3682>>. Acesso em: 03 Abr. 2017.

CORRÊA, L.M.S.B; AMARO, L.E da S. Os relacionamentos femininos e as novas formas de interação social digitalizada. **Revista Ártemis**,v. 14, ago-dez, 2012. p. 196-202. Disponível em:< <http://periodicos.ufpb.br/index.php/artemis/article/view/14302/8177>>. Acesso em: 03 Abr. 2017.

COUTINHO, R.Z; MIRANDA-RIBEIRO, P. Religião, religiosidade e iniciação sexual na adolescência e juventude: lições de uma revisão bibliográfica sistemática de mais de meio século de pesquisas. **R. bras. Est. Pop.**, Rio de Janeiro, v. 31, n.2, p. 333-365, jul./dez. 2014. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rbepop/v31n2/a06v31n2.pdf>>. Acesso em: 03 Abr. 2017.

CUNHA, C. C. Os muitos reverses de uma "sexualidade soropositiva": o caso dos jovens vivendo com HIV/AIDS. **Sex., Salud Soc. (Rio J.)** [online], n.10, p. 70-99, 2012a. Disponível:< <http://www.scielo.br/pdf/sess/n10/a04n10.pdf>> Acesso em: 26 set.2015.

CUNHA, L.A. **Texturas do sofrimento emocional**. 2012b. 123f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) - Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2012.

CUNHA, C.C. Modos de fazer sujeitos na política de aids: a gestão de jovens vivendo com hiv/aids. **Revista de Ciências Sociais**, v.4, n. 2, p.91-132, jul./dez. 2014. Disponível em:< <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/seculoxxi/article/view/17039/10325> > Acesso em 03 mar 2016.

DOMINGUES, D.M.G. Ciberespaço e rituais:tecnologia, antropologia e criatividade. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, ano 10, n. 21, p. 181-198. Jan./jun. 2004. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/ha/v10n21/20624.pdf>> Acesso em: 27 set.2015.

FAIR, C.L.C.S.W; ALBRIGHT, F. “Don’t Tell Him You Have HIV Unless He’s ‘The One’”: Romantic relationships among adolescents and young adults with perinatal hiv

infection. **AIDS PATIENT CARE and STDs**. V. 26, n.12, p.746-754, 2012. Disponível em:< <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23199192> > Acesso em: 03 mar 2016.

FÉLIX, J. **Quer teclar?: aprendizagens sobre juventudes e soropositividades através de bate-papo virtuais**. 2012. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012. 223 f.

FRAGOSO, S; RECUERO, R; AMARAL, A. Panorama dos estudos de internet. In: _____ . **Métodos de pesquisa para internet**. Porto alegre: Sulina, 2011, p. 27-52.

FONTES, B. Tecendo Redes, Suportando o Sofrimento: sobre os círculos sociais da loucura. **Sociologias**, Porto Alegre. Ano 16, n. 37, p. 112-143. Set/dez 2014. Disponível:< <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=86832118006>> Acesso em: 27 set.2015.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade 1: a vontade de saber**. Rio de Janeiro, RJ: Ed. Graal, 2006a.

FOUCAULT, M. **Hermenêutica do sujeito**. São Paulo (SP): Martins Fontes; 2006b.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade 3: cuidado de si**. Rio de Janeiro, RJ: Ed. Graal, 2011.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade 1: a vontade de saber**. Rio de Janeiro, RJ: Ed. Graal, 2006.

FREITAS, H.M.B. et al. Compreendendo o ser familiar de criança com Vírus da Imunodeficiência Humana/ síndrome da imunodeficiência adquirida pelo olhar da complexidade. **Acta paul. enferm.** v. 23, n.5, p.597 – 602, 2010. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/apv/v23n5/02.pdf> >. Acesso em: 27 set.2015.

GALANO, E et.al. Vivências dos adolescentes soropositivos para HIV/Aids: estudo qualitativo. **Rev Paul Pediatr.** V.34, n., p.171-177, 2016. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/rpp/v34n2/pt_0103-0582-rpp-34-02-0171> Acesso em: 03 Abr. 2017.

GARCIA, S.; SOUZA, F.M. de. Vulnerabilidades ao HIV/aids no Contexto Brasileiro: iniquidades de gênero, raça e geração. **Saude soc.**, São Paulo , v. 19, supl. 2, p. 9-20, Dez. 2010. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000600003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 Abr. 2017.

GIACOMOZZI, A.I.; CAMARGO, B.V. Eu confio no meu marido: estudo da representação social de mulheres com parceiro fixo sobre prevenção da AIDS. **Psicol. teor. prat.**, São Paulo , v. 6, n. 1, p. 31-44, jun. 2004 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872004000100003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 03 abr. 2017.

GIDDENS, A. Experiências do cotidiano, relacionamento, sexualidade. In: _____. **As transformações da intimidade. Sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas**. São Paulo: UNESP, 1993, p. 13-26.

_____. O amor romântico e outras ligações. In: _____. **As transformações da intimidade. Sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas.** São Paulo: UNESP, 1993, p. 47-58.

_____. Amor, compromisso e relacionamento puro. In: _____. **As transformações da intimidade. Sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas.** São Paulo: UNESP, 1993, p. 59-76.

_____. Amor, sexo e outras inclinações. In: _____. **As transformações da intimidade. Sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas.** São Paulo: UNESP, 1993, p. 77-98.

GOFFMAN, E. **Estigma - Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada.** Trad. de Márcia Bandeira de Mello Leite Nunes. 4ª ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A., 1988.

GONÇALVES, C. dos S.; WEBER, B.T.; ROSO, A compartilhamento do diagnóstico do HIV/AIDS: um estudo com mulheres. **Mudanças – Psicologia da Saúde**, v.21, n.2, p.1-11, Jul-Dez 2013. Disponível em: < <https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/MUD/article/viewFile/4145/3810>> Acesso em: 03 Abr. 2017.

GRANGEIRO, A. et al . O efeito dos métodos preventivos na redução do risco de infecção pelo HIV nas relações sexuais e seu potencial impacto em âmbito populacional: uma revisão da literatura. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo , v. 18, supl. 1, p. 43-62, Set. 2015 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2015000500043&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 Abr. 2017

GROV, C et.al. Navigating condom use and HIV status disclosure with partners met online: A qualitative pilot study with gay and bisexual men from Craigslist.org. **AIDS Educ Prev**. V.25, n.1, Feb 2013, p. 72–85. Disponível em:< <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23387953> > Acesso em: 03 mar.2016.

HEILBORN, M.L. Fronteiras simbólicas: gênero, corpo e sexualidade. **Cadernos Cepia**, n. 5, Gráfica JB, Rio de Janeiro, p. 73-92, dezembro de 2002 (apoio Fundação Ford e UNIFEM). Disponível em:< http://disciplinas.stoa.usp.br/pluginfile.php/341846/mod_resource/content/2/Heilborn%20-%20genero,%20corpo%20e%20sexualidade%20pdf.pdf> Acesso em: 27 set.2015.

HEILBORN, M.L. Experiência da Sexualidade, Reprodução e Trajetórias biográficas juvenis. In: HEILBORN, M.L. et al (orgs). **O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros.** Rio de Janeiro: Garamond e Fiocruz, 2006, pg 26-59.

HEILBORN, M.L.; CABRAL, C.D.; BOZON, M. Valores sobre sexualidade e elenco de práticas: tensões entre modernização diferencial e lógicas tradicionais. In: HEILBORN, M.L. et al (orgs). **O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros.** Rio de Janeiro: Garamond e Fiocruz, 2006, pg 207 – 266.

HORVATH, K.J et al. Technology use and reasons to participate in online social networking websites for people living with HIV in the US. **AIDS Behav**. V.16, n.4, p.

900–910, Mai 2012. Disponível em:< <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23387953> > Acesso em: 04 mar 2016.

KNAUTH, D.R.; As Trajetórias afetivo-sexuais: encontros, uniões e separação. In: HEILBORN, M.L. et al (orgs). **O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros**. Rio de Janeiro: Garamond e Fiocruz, 2006, p.267-307.

KNAUTH, D.R.; GONÇALVES, H. Juventude na era da Aids: entre o prazer e o risco. In: Almeida, M.I.M; Eugenio, F. (orgs.). **Culturas Jovens: novos mapas do afeto**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2006, p.92-104.

KOZINETS, R.V. The Field Behind the Screen: Using Netnography for Marketing Research in Online Communities, **Journal of Marketing Research**, 39, p.61-72.2002. Disponível em:< <http://www.nyu.edu/pages/classes/bkg/methods/netnography.pdf>> Acesso em: 27 set.2015.

JUNGBLUT, A.L. A heterogenia do mundo on-line: algumas reflexões sobre virtualização, comunicação mediada por computador e ciberespaço. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, ano 10, n. 21, p. 97-121. Jan./jun. 2004. Disponível:< <http://www.scielo.br/pdf/ha/v10n21/20621.pdf> > Acesso em: 27 set.2015.

JUSTO, J.S. O "ficar" na adolescência e paradigmas de relacionamento amoroso da contemporaneidade. **Rev. Dep. Psicol.,UFF**, Niterói , v. 17, n. 1, p. 61-77, Jun 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-80232005000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 Abr. 2017.

LANDAU, C. “A Aids mudou de cara”:memória coletiva e novas oportunidades para o ativismo da Aids no Brasil. **PLURAL, Revista do Programa de Pós-Graduação em Sociologia da USP**, São Paulo, v. 17, n. 2, p.11-44, 2011. Disponível em:< <http://www.revistas.usp.br/plural/article/view/74538/78147>>. Acesso em: 03 Abr. 2017.

LEAL, A.F. **Uma antropologia da experiência amorosa: estudo de representações sociais sobre sexualidade**. Dissertação de Mestrado em Antropologia Social – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2003. 167p.

LEAL, A.F; KNAUTH, D.R. A relação sexual como uma técnica corporal: representações masculinas dos relacionamentos afetivo-sexuais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 22, n. 7, p. 1375-1384, Jul 2006 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000700003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 03 Abr. 2017.

LÉVY, P. O que é a virtualização?. In: _____. O que é virtual?. São Paulo: Editora 34, 1996, p. 15-25.

_____. O digital e a virtualização do saber. In: _____. **Cibercultura**. São Paulo: Editora 34, 1999, p.45-76.

_____. O ciberespaço ou a virtualização da comunicação. In: _____. **Cibercultura**. São Paulo: Editora 34, 1999, p.85-107.

LIAMPUTTONG, P; HARITAVORN, N; KIATYING-ANGSULEE, N. HIV and AIDS, stigma and AIDS support groups: Perspectives from women living with HIV and AIDS in central Thailand. *Social Science & Medicine*. V.69, p.862–868, 2009. Disponível em:< <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19539417>> Acesso em: 27 set.2015.

LOBATO, A.L.; FERRAZ, G. S. I Seminário Nacional de Políticas Públicas para jovens mulheres. In: LOBATO, A.L. (orgs). *Jovens mulheres e políticas públicas*. Brasília: Presidência da República, 2014. P. 77-91.

LOPES, F.; WERNECK, J. Saúde da População Negra: Da conceituação às políticas públicas de direito. IN: WERNECK, J (Orgs). **Mulheres negras: um olhar sobre as lutas sociais e as políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro, Criola, 2010.88p

MAMAN,S. et.al. The role of religion in HIV-positive women’s disclosure experiences and coping strategies in Kinshasa, Democratic Republic of Congo. **Social Science & Medicine**. V. 68, p.965-970, 2009. Disponível em:< <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19136188>> Acesso em: 27 set.2015.

MARQUES, H.H.S et.al. A revelação do diagnóstico na perspectiva dos adolescentes vivendo com HIV/AIDS e seus pais e cuidadores. **Cad Saude Publica**, v. 22, n.3, p.619-629, 2006. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n3/17.pdf> > Acesso em: Acesso em 26 set.2015.

MARQUES JUNIOR, J. S.;GOMES, R.; NASCIMENTO, E.F. Masculinidade hegemônica, vulnerabilidade e prevenção ao HIV/AIDS. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. v.17, n.2, p. 511-520. 2012. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n2/a24v17n2.pdf>> Acesso em: 27 set.2015.

MAKSUD, I. **Casais sorodiscordantes: conjugalidade, práticas sexuais e HIV/Aids**. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007. 271p.

MAKSUD, I.; FERNANDES, N. M.; FILGUEIRAS, S.L. Tecnologias de Prevenção do HIV e desafios para os serviços de saúde. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo , v. 18, supl. 1, p. 104-119, Set. 2015 . Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2015000500104&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 Abr. 2017.

MELO, G.C. de et al . Behaviors related to sexual health of people living with the Human Immunodeficiency Virus. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 167-175, Mar. 2016. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452016000100167&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 Abr. 2017.

MENESES, A.F.S.; SANTOS, E.C. Sexo e Religião: Um estudo entre jovens evangélicos sobre o sexo antes do casamento. **Clínica & Cultura** v.II, n.I, p.82-94, jan-jun 2013. Disponível em:< <https://seer.ufs.br/index.php/clinicaecultura/article/view/1541/1687>>. Acesso em: 03 Abr. 2017.

MERCADO, L.P.L. Pesquisa qualitativa on-line utilizando a Etnografia Virtual. **Revista Teias**. V.13, n.30, p.169-183. Set/Dez 2012. Disponível em: <www.periodicos.proped.pro.br> Acesso em: 27 set.2015.

MILLER, D.; SLATER, D. Etnografia *on e off-line*: cibercafés em Trinidad. **Horizontes Antropológicos**, ano10, n.21, p.41-65, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ha/v10n21/20619.pdf>> Acesso em: 27 set.2015.

MILLER, D. Por que a indumentária não é algo superficial. In: MILLER, Daniel. **Trecos, Troços e Coisas: Estudos antropológicos sobre a Cultura Material**. Daniel Miller; Tradução: Renato Aguiar. Rio de Janeiro. Zahar, 2013. P. 21-65

MILLER, D. Teorias das coisas. In: MILLER, Daniel. **Trecos, Troços e Coisas: Estudos antropológicos sobre a Cultura Material**. Daniel Miller; Tradução: Renato Aguiar. Rio de Janeiro. Zahar, 2013. P. 66-118

MILLER, D. Mídia: cultural imaterial e antropologia aplicada. In: MILLER, Daniel. **Trecos, Troços e Coisas: Estudos antropológicos sobre a Cultura Material**. Daniel Miller; Tradução: Renato Aguiar. Rio de Janeiro. Zahar, 2013. P. 164-199.

MINAYO, M.C. S. Fase de trabalho de campo. In: _____. **O Desafio do Conhecimento. Pesquisa Qualitativa em Saúde**. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-ABRASCO, 1999, p. 105-196.

_____. Trabalho de campo: contexto de observação, interação e descoberta. In: In: _____ (org). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Ed 33ª. Petrópolis, RJ. Vozes, 2013, p. 61 -77.

MISKOLCI, R. “Discreto e fora do meio” – Notas sobre a visibilidade sexual contemporânea. **cadernos pagu**. N. 44, janeiro-junho de 2015, p. 61-90. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cpa/n44/pt_0104-8333-cpa-44-00061.pdf> Acesso em: 22 dez 2015.

MONTARDO, S.P. Redes temáticas na web e biossociabilidade online. **Revista Famecos**, Porto Alegre. v. 17, n. 3, p. 295-303, setembro/dezembro 2010. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistafamecos/article/viewFile/8197/5886>> Acesso em: 03 mar.2016.

MONTARDO, S.P; PASSERINO, L.M. Estudo dos blogs a partir da netnografia: possibilidades e limitações. **RENOTE - Revista Novas Tecnologias na Educação**. V.4, n.2, p.1-10, 2006. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/renote/article/view/14173>> Acesso em: 27 set.2015.

MORAES, D.C.A; OLIVEIRA, R.C; COSTA, S.F.G. Adesão de homens vivendo com HIV/Aids ao tratamento antirretroviral. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**.v. 18, n.4,p. 676-681. Out-Dez 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n4/1414-8145-ean-18-04-0676.pdf>> Acesso em: 27 set.2015.

MUULA, A.S. My Africa HIV Infection and AIDS Among Young Women in South Africa. **Croat Med J**, 49, P 423-435, 2008. Disponível em: <

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2443629/pdf/CroatMedJ_49_0423.pdf>
Acesso em: 27 set.2015.

NOVAES, R. Os jovens de hoje: contextos, diferenças e trajetórias. In: Almeida, M.I.M; Eugenio, F. (orgs.). **Culturas Jovens: novos mapas do afeto**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2006, p. 105 – 120.

NOVELI, M. Do *Off-line* para o *Online*: a Netnografia como um Método de Pesquisa ou o que pode acontecer quando tentamos levar a Etnografia para a Internet?. **Organizações em contexto**. Ano 6, n. 12, p. 107-133. Jul/dez 2010. Disponível em:< <https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/OC/article/view/2697/2640>>
Acesso em: 27 set.2015.

OBERMEYER. C.M; BAIJAL, P; PEGURRI, E. Facilitating HIV Disclosure Across Diverse Settings: A Review. *American Journal of Public Health*. v. 101, n.6, p.1011 – 1023. Jun 2011. Disponível em:< <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3093267/pdf/1011.pdf>> Acesso em: 03 Abr. 2017.

OLIVEIRA, L.L. de; NEGRA, M.D.; NOGUEIRA-MARTINS, M.C.F. Projetos de vida de adultos jovens portadores de HIV por transmissão vertical: estudo exploratório com usuários de um ambulatório de infectologia. **Saúde e Sociedade**, [S.l.], v. 21, n. 4, p. 928-939, dez. 2012. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/50704/54816>>. Acesso em: 04 mar. 2016.

OLTRAMARI, L. C.; CAMARGO, B.V. Aids, relações conjugais e confiança: um estudo sobre representações sociais. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 15, n. 2, p. 275-283, abr./jun. 2010. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/pe/v15n2/a06v15n2.pdf>>
Acesso em: 03 Abr. 2017.

ORTEGA, F. Práticas de ascese corporal e constituição de bioidentidades. **Cadernos Saúde Coletiva**, v.11, n.1, p.59-77, 2003. Disponível em:< http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2003_1/artigos/2003_1%20Ortega.pdf> Acesso em: 27 set.2015.

_____. Biopolíticas da saúde: reflexões a partir de Michel Foucault, Agnes Heller e Hannah Arendt. **Interface (Botucatu)**[online], v.8, n.14, p. 9-20. 2004. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/icse/v8n14/v8n14a01.pdf>> Acesso em: 27 set.2015.

_____. Das utopias sociais às utopias corporais: identidades somáticas e marcas corporais.In: Almeida, M.I.M; Eugenio, F. (orgs.). **Culturas Jovens: novos mapas do afeto**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2006, p.42-58.

ORTEGA, F; ZORZANELLI, R. **Corpo em Evidência: a Ciência e a Redefinição do Humano**. Civilização Brasileira, 2010.

OUEDRAOGO, I.R.D. AIDS and the transition to adulthood of young seropositive women in Ouagadougou (Burkina Faso). *Glob Health Promot*. v. 20, Suppl1, p. 20-25.

Mar 2013. Disponível em:< <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23549698>> Acesso em: 27 set.2015.

PADOIN, S.M.M et al. Cotidiano terapêutico de adultos portadores da síndrome de imunodeficiência adquirida. **Rev. enferm. UERJ**, v.18, n.3, p. 389-393. 2010. Disponível em:< <http://www.facenf.uerj.br/v18n3/v18n3a09.pdf>> Acesso em: 27 set.2015.

PAIVA, V. A sexualidade de adolescentes vivendo com HIV: direitos e desafios para o cuidado. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. v.16, n.10, p. 4199-4210. 2011. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n10/a25v16n10.pdf>> Acesso em: 27 set.2015.

PAPA, F; BORGES, L. Imaginando cores que nunca vimos. In: LOBATO, A.L. (orgs). **Jovens mulheres e políticas públicas**. Brasília: Presidência da República, 2014. P. 18-37.

PARKER, R.; CAMARGO JR., K. R. Pobreza e HIV/AIDS: Aspectos antropológicos e sociológicos. **Cadernos de Saúde Pública**. V. 16 (Supl. 1), p. 89-102, 2000. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csp/v16s1/2215.pdf> > Acesso em: 03 mar.2016.

PEREIRA, B.S et.al. Fatores associados à infecção pelo HIV/AIDS entre adolescentes e adultos jovens matriculados em Centro de Testagem e Aconselhamento no Estado da Bahia, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v.19, n.3, p. 747-758, Mar. 2014. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n3/1413-8123-csc-19-03-00747.pdf>> Acesso em: 27 set.2015.

PEREIRA, A.J.; NICHATA, L.Y.I. A sociedade civil contra a Aids: demandas coletivas e políticas públicas. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3249-3257, Jul 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000800024&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 Abr. 2017.

RABINOW, P. Sujeito e governamentalidade: elementos do trabalho de Michel Foucault. In: _____. **Antropologia da Razão**. Rio de Janeiro: RelumeDumará, 1999, p.27-53.

_____. Artificialidade e iluminismo: da sociobiologia à biossociabilidade. In: _____. **Antropologia da Razão**. Rio de Janeiro: RelumeDumará, 1999, p.135-157.

RECORDER, M.L. **Vivir con HIV-Sida. Notas etnográficas sobre el mundo de la enfermedad y sus cuidados**. 2006. 256f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) - Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2006.

REIS, R.K; GIR, E. Dificuldades enfrentadas pelos parceiros sorodiscordantes ao HIV na manutenção do sexo seguro. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online]. v.13, n.1, p. 32-37, 2005. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n1/v13n1a06.pdf>> Acesso em: 26 set.2015.

REIS, R.K; GIR, E. Vulnerabilidade ao HIV/AIDS e a prevenção da transmissão sexual entre casais sorodiscordantes. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.43, n.3,

p.662-669, 2009. Disponível em:< <http://producao.usp.br/handle/BDPI/3597>>. Acesso em: Acesso em 03 Abr. 2017.

RIETH, F. A iniciação sexual na juventude de mulheres e homens. **Horiz. antropol.**, Porto Alegre , v. 8, n. 17, p. 77-91, Jun 2002. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-71832002000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 03 Abr. 2017.

RIBEIRO, F.M.L., et al. Entre o ‘ficar’ e o namorar: relações afetivo-sexuais. In: MINAYO, M.C.S., ASSIS, S.G., and NJAINE, K.(orgs). **Amor e violência: um paradoxo das relações de namoro e do ‘ficar’ entre jovens brasileiros** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2011, pp. 55-86. Disponível em: <<http://books.scielo.org>> Acesso em 03 Abr. 2017.

ROCHA, S.; VIEIRA, A.; LYRA, J.Silenciosa conveniência: mulheres e Aids. **Rev. Bras. Ciênc. Polít.**, Brasília , n. 11, p. 119-141, Ago. 2013 . Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-33522013000200005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 03 Abr. 2017.

SANTOS, C.O; IRIART, J.A.B. Significados e práticas associados ao risco de contrair HIV nos roteiros sexuais de mulheres de um bairro popular de Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n.12, p.2896-2905, dez, 2007. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n12/10.pdf>> Acesso em: 27 set.2015.

SANTOS, W.J et al. Barreiras e aspectos facilitadores da adesão à terapia antirretroviral em Belo Horizonte-MG. **Rev. bras. enferm.**v.64, n.6, p. 1028-1037. 2011. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n6/v64n6a07.pdf> > Acesso em: 27 set.2015.

SARDENBERG, C.M.B; MACEDO, M.S. **Relações de gênero: uma breve introdução ao tema**. In: COSTA, A.A.A; VANIN, A.T.I.M. (ORGs). Ensino e Gênero: Perspectivas Transversais. Salvador: UFBA - NEIM, 2011, p. 33-48.

SCOTT, J.W. **Gênero: uma categoria útil de análise histórica**. Tradução: Christine Rufino e Dabat Maria Betânia Ávila. New York, Columbia University Press. 1989. Disponível em:<http://disciplinas.stoa.usp.br/pluginfile.php/185058/mod_resource/content/2/G%C3%AAnero-Joan%20Scott.pdf> Acesso em: 27 set.2015.

SILVA, C.G.da.et al . Religiosidade, juventude e sexualidade: entre a autonomia e a rigidez. **Psicol. estud.**, Maringá , v. 13, n. 4, p. 683-692, Dez. 2008 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722008000400006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 Abr. 2017.

SILVA, D.A.C. **Considerações acerca dos direitos sexuais e reprodutivos de jovens que nasceram com HIV em tratamento em um ambulatório especializado em HIV/Aids**. 2014.102p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)- Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES SP - Instituto de Saúde). São Paulo, 2014.

SILVA, L.A.V. *Barebacking* e a possibilidade de soroconversão. **Cad. Saúde Pública**[online]. v.25, n.6, p. 1381-1389. 2009a. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n6/20.pdf>> Acesso em: 27 set.2015.

SILVA, L.A.V. da. Masculinidades transgressivas em práticas de barebacking. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis , v. 17, n. 3, p. 675-699, Dec. 2009b . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2009000300003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 03 abr. 2017.

SILVA, L.A.V. A cibersexualidade e a pesquisa online: algumas reflexões sobre o conceito de *barebacking*. **Interface (Botucatu)** [online]. v.14, n.34, p. 513-528. Jul/Set 2010a. Disponível:< <http://www.scielo.br/pdf/icse/v14n34/aop0310.pdf>> Acesso em: 27 set.2015.

SILVA, L. A. V. Redução de riscos na perspectiva dos praticantes de barebacking: possibilidades e desafios. **Psicologia & Sociedade**, v.24, n.2, p.327-336. 2012a. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v24n2/09.pdf>> Acesso em: 27 set.2015.

SILVA, A.M. da; CAMARGO JUNIOR, K.R. de. A invisibilidade da sorodiscordância na atenção às pessoas com HIV/AIDS. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4865-4874, Dez. 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001300035&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 03 Abr. 2017.

SILVA, L. A. V.; IRIART, J. A. B. Práticas e sentidos do *barebacking* entre homens que vivem com HIV e fazem sexo com homens. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v.14, n.35, p 739-752. 2010. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/icse/v14n35/aop2210.pdf>> em: 27 set.2015.

SILVA, C.M.; VARGENS, O.M.da C. A percepção de mulheres quanto à vulnerabilidade feminina para contrair DST/HIV. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 401-406, Jun 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000200020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 03 Abr. 2017.

SILVA, L.M.S da; MOURA, M.A.V.; PEREIRA, M.L. Cotidiano de mulheres após contágio pelo hiv/aids: subsídios norteadores da assistência de enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.22, n.2, p.335-342, Abr-Jun 2013. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n2/v22n2a09.pdf> >. Acesso em 03 Abr. 2017.

SOUSA, L.B; PINHEIRO, A.K.B. Caracterização da produção brasileira de vídeos educativos sobre DST/HIV/Aids. **Rev Enferm UFPI**. V.1, n.3, p.158-163, 2012. Disponível em: < http://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/viewFile/804/pdf_1> Acesso em 03 Abr. 2017.

SPINK, M.J.P. **Linguagem e produção de sentidos no cotidiano** [online]. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2010. 72 p. Disponível em:< <http://static.scielo.org/scielobooks/w9q43/pdf/spink-9788579820465.pdf>> Acesso em: 09 de jun.2015.

SPINK, M.J.P; GIMENES, M.G. Práticas discursivas e produção de sentido: apontamentos metodológicos para a análise de discursos sobre a saúde e a doença. **Saúde soc.** v.3, n.2. 1994. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v3n2/08.pdf>> Acesso em: 09 de jun.2015

SPINK, M.J.P; FREZZA, R.M. Práticas Discursivas e Produção de Sentido. In: SPINK, M.J.P (Org). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: Aproximações teóricas e metodológicas.** Centro Edelstein de Pesquisas Sociais. 2013, p.1-22.

SPINK, M.J.; MEDRADO, B. Produção de Sentido no Cotidiano. In: SPINK, M.J. (org.) **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano.**Rio de Janeiro: **Centro Edelstein** de Pesquisas Sociais, edição virtual 2013, p.22 a 41.

SOUZA, C.; PAIVA, I.L. Faces da juventude brasileira: entre o ideal e o real. **Estud. psicol.** Natal. V.17, n.3, p. 353-360, 2012. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v17n3/02.pdf>> Acesso em 27 set.2015.

SQUIRE, C. Can an HIV-positive Woman Find True Love?: Romance in the Stories of Women Living with HIV. **Feminism & Psychology**, v. 13, n.1, P.73-100, 2003.

SQUIRE, C. Being naturalised, being left behind: the HIV citizen in the era of treatment possibility. **CriticalPublic Health.** v. 20,n.4, p.401-427.Dez 2010.

SQUIRE, C. O que é narrativa?. **Civitas.** Porto Alegre. v. 14 n. 2 p. 272-284 maio-ago. 2014. Disponível em:<<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/civitas/article/view/17148/11473>> Acesso em: 21 mar.2016.

TAQUETTE, S.R. Adolescência feminina e vulnerabilidade às DST/Aids.In: _____ **Aids e juventude: gênero, classe e raça.** Rio de Janeiro: EdUERJ, 2009, p. 29-40.

TAVARES, M. Sexo, afeto e solteirice: intersecções de gênero, raça e geração entre mulheres de classe média. In: BONNETI, A; SOUZA, A.N.F.L. **Gênero, mulheres e feminismos** (orgs). Salvador : EDUFBA : NEIM, 2011.p. 93-114.

UNAIDS. Joint United Nations Programme on HIV/Aids. 90-90-90: an ambitious treatment target to the help end the AIDS epidemic. Geneve: UNAIDS; 2014.

VILAÇA, M, M; PALMA, A. A nova genética para além da gestão de riscos e promoção da saúde: prolegômenos ao conceito de Biodesign. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n.21, v. 3, p. 813-832, 2011. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/physis/v21n3/03.pdf>> Acesso em: 26 set.2015.

VILLELA, W.V; BARBOSA, R.M. 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, Set. 2015. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2015000500131&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 Abr. 2017.

WAILOO, K.'Chlorosis Remembered': Disease and the Moral Management of

American Women. In: WAILOO, K **Drawing Blood: Technology and Disease Identity in Twentieth Century America**, Baltimore: Johns Hopkins University Press.1997.

WAGNER, T.M.C; BOSI, D.R. Mulheres com HIV/AIDS: reações ao diagnóstico. **Contextos Clínic**, São Leopoldo , v. 6, n. 2, p. 164-173, dez. 2013 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-34822013000200010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 03 abr. 2017.

ANEXO I - ROTEIRO GUIA**ROTEIRO****DADOS SOCIODEMOGRÁFICAS**

Idade
Estado civil
Local de moradia
Raça/cor
Escolaridade
Religião
Atividade ocupacional/trabalho
Com quem mora
Tempo de diagnóstico
Orientação sexual
Tipo de transmissão do vírus

RELAÇÕES SOCIAIS

- Descreva como é a sua relação com as pessoas que mora com você (*observar a dinâmica da família, dificuldades, sigilo/revelação do diagnóstico, apoio recebido no tratamento, impacto da sorologia nessas relações etc*). **FAMÍLIA**

- Descreva como é a sua relação com as pessoas onde você trabalha/estuda (*sigilo/revelação do diagnóstico, apoio recebido no tratamento, impacto da sorologia nessas relações, etc*). **TRABALHO**

- Descreva como é a sua relação com os seus amigos (*sigilo/revelação do diagnóstico, apoio recebido no tratamento, impacto da sorologia nessas relações, etc*). **AMIGOS**

RELAÇÕES AFETIVAS E SEXUAIS

- Está em algum relacionamento sério? É casada? Ou Está “ficando/saindo” com alguém?

SE SIM (*Observar sentimentos envolvidos nas relações, dificuldade na revelação ou manutenção do sigilo em relação ao diagnóstico, impacto do vírus na vivência da relação, preferência por relações soroconcordante ou sorodiscordante etc*).

SE NÃO (*Observar se já houve relacionamento anterior ou se nunca namorou; Observar sentimentos envolvidos nas relações, revelação ou não do diagnóstico, impacto do vírus na construção da relação, preferência por relações sorocordante ou sorodiscordante, etc*).

- Já teve relação sexual alguma vez?

SE SIM (*Observar se foi antes ou após a sorologia; se houve mudanças nas práticas sexuais após a descoberta do diagnóstico; uso de formas de proteção; dificuldade para negociar o uso de preservativos; revelação ou não da sorologia para o parceiro (a) sexual*).

SE NÃO (*Observar como lida com o fato de nunca ter tido uma relação sexual; qual a explicação para não ter tido nenhuma relação sexual, etc*).

SOCIABILIDADE NAS REDES SOCIAIS

- Participa de algum site ou grupo na internet relacionado ao HIV?

SE SIM (*Observar tipos de sites que procura, redes sociais que participa; a frequência, o que busca e forma de participação, a importância desses sites e grupos*)

SE NÃO (*Observar os motivos para não participação, etc*)

SOCIABILIDADE FORA DAS REDES SOCIAIS

- Participa de grupo ou atividades (esporte, dança, música, academia, xadrez, festas, lazer, encontros sociais, etc) relacionado ao HIV? (*Observar se há ou não participação em centros de saúde especializados, grupos terapêuticos ou grupos para pessoas que vivem com HIV/aids; a importância desses grupos, etc*)

ANEXO II - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esta pesquisa é sobre aspectos da sociabilidade de mulheres jovens vivendo com HIV/Aids, desenvolvida por Leonara Maria Souza da Silva, mestranda do programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (UFBA), sob orientação do Prof. Drº Luís Augusto Vasconcelos da Silva, professor adjunto do Instituto de Humanidades, Artes & Ciências, da UFBA.

Ela faz parte de um projeto maior intitulado “Sociabilidades de jovens vivendo com HIV/aids: repercussões e efeitos da soroidentidade”, que teve por objetivo geral, compreender as formas e modos de sociabilidade de jovens vivendo com HIV, bem como os sentidos e implicações da soropositividade para suas práticas e interações cotidianas, que está em continuação a partir do projeto “Sociabilidades de jovens vivendo com HIV/AIDS: os novos discursos biomédicos e seu impacto nas relações afetivo-sexuais”, do qual, esta pesquisa em tela “**Sociabilidade de mulheres jovens vivendo com hiv/aids: a vivência das suas relações afetivo-sexuais**” está vinculada. Em relação à esta, de modo geral, busca-se descrever como as mulheres jovens vivendo com HIV/aids, que fazem uso de redes sociais online, vivem suas relações afetivo-sexuais (soroconcordantes e/ou sorodiscordantes).

Solicitamos a sua colaboração para a realização de uma entrevista, como também sua autorização para gravar a mesma, utilizar e/ou publicar os resultados deste estudo em eventos e revistas científicas. Caso tenha alguma dúvida ou deseje mais esclarecimentos sobre o trabalho, sinta-se à vontade para perguntar. Na utilização dos dados, será garantido seu ANONIMATO.

Esta pesquisa está de acordo com a Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que estabelece diretrizes e normas regulamentadoras das pesquisas com seres humanos, buscando minimizar os riscos que possam ocorrer à sua saúde. Nessa direção, se a conversa sobre sua intimidade ou qualquer aspecto relacionado à pesquisa gerar algum desconforto, saiba que você é livre para recusar a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. Sempre que desejar,

você terá o direito de ser informado/a sobre o andamento do trabalho, as discussões e os resultados obtidos neste estudo.

Saiba também que não haverá nenhum tipo de remuneração em decorrência de sua participação na pesquisa. Em contrapartida, os dados e informações produzidos neste trabalho poderão beneficiá-lo/a indiretamente, ao proporcionar maior conhecimento sobre a sociabilidade de mulheres jovens vivendo com HIV/Aids, pensando e/ou viabilizando estratégias de prevenção e promoção da saúde mais próximas e sensíveis a seus modos de vida.

Obrigada pela sua colaboração!

(Assinatura da pesquisadora)

Endereços para contato:

Instituto de Saúde Coletiva – ISC/UFBA. Universidade Federal da Bahia. Rua Basílio da Gama, s/n - Canela, Salvador – BA. CEP: 40110-040. Tel.: (71) 3283-7414.

Instituto Humanidades, Artes e ciências – IHAC/UFBA. PAF IV. Rua Barão de Jeremoabo, S/N, Campus Universitário de Ondina, Ondina. CEP: 40170-115, Salvador-Ba. Tel.: (71) 32836789.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido/a e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para a publicação dos resultados. Estou ciente de que receberei uma cópia desse documento.

(Assinatura da entrevistada)

Salvador, _____