

Breves apontamentos sobre a aids de cada um¹

Maycon Silva Lopes*

Resumo: Com base em vivências e observações específicas, analiso neste ensaio diversas possibilidades de acionamento do binarismo pureza/impureza no discurso e práticas de prevenção ao HIV. Considero que, ao passo que este é fundamental para a conformação dos soropositivos como fontes de ameaça, ele atualiza a associação da epidemia ao temor e mesmo à morte – imagens muitas vezes estruturantes das táticas preventivas da saúde pública. Observo ainda a sua contextualização com o que poderíamos chamar de políticas do risco, as quais, ao instituírem o controle nas nossas relações sexuais, faz dos doentes de aids uma espécie de vítima culpada. Ao mesmo tempo, a tentativa de mudança de comportamento sexual pela via da racionalização do sexo apresenta sérios limites e gera resultados muito variáveis, uma vez que se distancia de modo considerável do imaginário erótico. Por fim, receio como algumas estratégias preventivas do próprio movimento LGBT podem incorrer na reificação dessa população como grupo de risco, categoria distintiva ante a moralização da epidemia da aids.

Palavras-chave: análise do discurso, sociologia da saúde, saúde coletiva.

Que idade você tem, vinte? Tem cara de doze. Já nasceu de camisinha em punho, morrendo de medo de pegar Aids. Vírus que mata. neguinho, vírus do amor. Deu a bundinha, comeu cuzinho. pronto: paranoia total.

ABREU, 2005, p. 85

Introduzindo o problema

Este trabalho não se trata rigorosamente de uma pesquisa empírica, mas sim de reflexões sociológicas e de críticas culturais originadas com base em vivências e observações acerca do HIV e da aids em diferentes contextos. A renúncia do modelo canônico da escrita acadêmica em terceira pessoa e o uso do pronome *eu* não foi apenas uma decisão – no sentido de comprometer-me no texto

¹ Agradeço à professora doutora Ana Maria Brandão, do Instituto de Ciências Sociais da Universidade do Minho (Portugal), por ter feito a primeira leitura deste ensaio e apresentado valiosas contribuições, e aos pareceristas desta revista pela cuidadosas críticas do texto, as quais considero decididamente imprescindíveis.

* Graduando em Ciências Sociais – UFBA.

(CORNEJO, 2011) – como também o modo mais fluido que encontrei para narrar e problematizar as situações que aqui apresento. Seria desleal da minha parte lançar mão do “sujeito anônimo” das ciências sociais a fim de isentar-me do estranhamento da minha própria experiência. Ao contrário, optei por deslocar esse sujeito a fim de situá-lo na zona de desconforto e do risco na qual o *eu* – sob efeito de diversos regimes de poder – é constantemente atravessado.

Mesmo após sucessivas revisões, no decorrer do texto pode parecer ao leitor que há uma confusão entre noções de HIV e aids na minha escrita. Devo dizer que não compreendo o vírus e a doença como equivalentes, como de fato não são; todavia, dissociar um do outro como dois elementos autônomos seria uma tarefa praticamente impossível, uma vez que estou lidando neste ensaio com imaginários sociais, para os quais o soropositivo, enquanto “portador são” (GRMEK, 1994, p. 146), ou “infectado-mas-não-doente” (SONTAG, 2009, p. 127), goza de um estatuto ambíguo e contraditório (SONTAG, 2009; CARVALHO, 2010).

Para além disso, alinhando-me ao conceito foucaultiano de dispositivo, percebo a aids como um sistema articulador entre poder e saber que atua em diferentes instâncias e com base em linhas de forças heterogêneas (CARVALHO, 2010). Desse modo, como elementos de um só dispositivo (o dispositivo da aids), as ideias de vírus e de doença acabam por atuar juntas, o que também favorece à impressão de tratarem-se de conceitos escorregadios. Não acredito, por fim, que esse fato imprecise a análise. Pelo contrário, considero que com base nele empreendemos uma mirada mais abrangente da multiplicidade de discursos à baila em torno da aids.

Intenciono aqui explorar um espectro de questões políticas e sociais sobre as quais tenho me debruçado nos últimos meses, sobretudo após uma prática sexual desprotegida, que colocou em suspeição o meu estatuto sorológico. Esse incidente desencadeou alguns meses de incerteza generalizada aliada a todo um me imaginar infectado, levando-me já à uma constatação primeira: a de que a dicotomia pureza/impureza, ou saudável/infectado(ável), ao arriscar a “verdade” sobre o meu sangue, abalava também a minha própria identidade. E essa habilidade de manejo identitário e redefinição do eu, conforme pontuara Sontag

(2009), é um caráter exclusivo de determinadas doenças na nossa sociedade, como a aids e o câncer¹.

Discurso preventivo, risco e abejção

Lembro-me que, no início da minha tensão pré-exame laboratorial, estive numa reunião da Rede Ex-Aequo, associação portuguesa de jovens LGBT e simpatizantes, cuja pauta daquele dia, facilitada por um profissional de saúde, coincidentemente era sobre a prevenção às DST. Num momento, antes de tudo, de fragilidade emocional, buscava informações que me fizessem acreditar que eu não havia sido infectado, embora no fundo soubesse que nesse terreno trataria apenas em termos de probabilidades epidemiológicas, sendo que a mais infeliz destas era igualmente possível, e portanto a mais assombrosa. Quando a palestra encerrou e deu-se aberta à participação dos presentes, levantei a mão e perguntei se de fato a circuncisão reduzia o risco de contaminação pelo HIV. A reação constrangida do palestrante me fez sentir um traidor, pois de algum modo, ao democratizar essa constatação científica – responsável aliás por formalizar a circuncisão pela ONU² como medida de proteção do HIV em países africanos – eu parecia estar a ir de encontro com o que em cerca de uma hora palestrando sobre os males das DST ele tentara convencer-nos: o uso inexorável do preservativo nas relações sexuais.

Nesse momento, dei-me conta de que nem todas os achados da comunidade científica eram estrategicamente interessantes para levar ao domínio público, que de tão leigo e imprudente tomaria a redução do risco como a eliminação deste. O próprio palestrante, provavelmente para se desculpar, revelou que não costumava falar de práticas que não garantem por completo a segurança das pessoas. Ou seja, eu havia penetrado naquela zona do discurso a que Foucault (1997) chamara de interdito, que, como efeito dos procedimentos de controle e de seleção da produção discursiva, é resultado da exclusão das suas partes perigosas.

Na reunião, também observei que a todo momento se falava e se expunha fotografias sobre o horror daquelas doenças, embora permanecesse intocado – e

¹ Segundo Friedland (apud PLATTS, 1999, p. 15), a aids é diferente de outras enfermidades em razão de que “está profundamente enraizada em nossas concepções sobre o valor social dos indivíduos e a aceitabilidade do comportamento”.

² Matéria publicada na *Folha.com* em 28 de março de 2007.

por que não dizer omitido – o assunto de como lidar com elas. Mais: de que é possível conviver com elas, de que existem tratamentos disponíveis e que, muito embora não viabilizem a desinfecção do HIV, de fato garantem uma vida para além da contaminação. Ora, enquanto pessoas praticantes de sexo, a rigor somos todos potenciais infectados pela aids, e portanto o *se* (o possível) deve ser incorporado como dimensão fundamental de qualquer política de saúde genuinamente comprometida com o bem-estar das pessoas. A medicina que caracteriza a contemporaneidade ocupa-se principalmente do regaste de doentes potenciais, portanto, a verdade é que ela reconhece, sim, e trabalha tomando como referência a nossa vulnerabilidade à doença, constituindo-se como medicina preventiva (DELEUZE, 1992). No entanto, eu diria que os esforços que ela desempenha junto aos não doentes muitas vezes desconsidera aqueles que já o são e aqueles que, do grupo pertencente aos não doentes, ficarão infectados.

Limitar a palestra ao aspecto preventivo com o intuito de que seja eliminado o risco de infecção das pessoas pode inclusive aumentar o risco de destruição subjetiva ao qual somos expostos se descobrirmo-nos soropositivos. Essa é uma forma de adotar o temor como política de saúde, repelindo de tal modo o mal, que mais difícil do que preveni-lo torna-se incorporá-lo socialmente na figura dos seus portadores. A este mal podemos, segundo Mary Douglas (1991), definir como impureza, que significa transgressão à uma ordem que classifica rigidamente a matéria. A questão é: como mensurar um lugar social àquele que possui a impureza a que devemos a todo custo evitar? Como não nos tornarmos repelentes a nós mesmos ao descobrirmo-nos permanentemente impuros? Aliás, o soropositivo não apenas é considerado impuro – por ter atravessado uma fronteira que não deveria – como também poluente, ao constituir um perigo para os outros (idem).

Recordo que certa feita recebemos no nosso apartamento de estudantes uma visita que sabíamos ser soropositiva. Marcou-me nesse evento o fato de que um amigo, ao saber da presença então vindoura, valido justamente de um pretexto de assepsia (leia-se pureza), tratou de esconder as suas lâminas de barbear. Essa memória é muito forte para mim, pois quando estava em dúvida sobre o meu estado sorológico, perguntei-me se este mesmo amigo que vive comigo manteria às escondidas o seu barbeador, ou melhor: se eu transformar-me-ia também nesse

perigo que consiste em ser um sujeito poluente. Do ponto de vista humanista, a dimensão mais cruel despertada pela epidemia da aids é essa imagem de fonte de ameaça de que é dotado o soropositivo. Ela está associada à enorme ampliação do discurso sobre o risco, que é estruturante da fronteira entre normalidade e doença (AMORIM; SZAPIRO, 2008). Por sua vez, essa rígida divisão dá lugar a um minucioso controle do risco, o qual pode provocar intolerâncias e preconceitos ao tornar legítimo que se preserve de situações de risco a qualquer custo (idem).

Sobre morte e temores

Não obstante, não quero dizer que o cenário não vislumbre qualquer mudança já em curso, que não esteja ganhando expressividade certas campanhas contra o preconceito com portadores de HIV e doentes de aids, assim como reportagens veiculadas por diversas mídias sobre vidas soropositivas estáveis. No entanto, não posso ocultar o ainda muito estampado assombro ante o possível contágio, porque, além da experiência relatada anteriormente, já acompanhei amigos que aguardaram em descomunal ansiedade o resultado d'O Teste, como referiu-se ao tal exame médico o escritor Caio Fernando Abreu em crônica³ na qual se revelou doente de aids.

Acredito que o temor permaneça porque, embora saibamos que ele já não represente uma sentença fúnebre, o pano de fundo do HIV, ainda que mais distante, continua sendo a morte⁴. Em decorrência da conquista por parte da ciência no prolongamento da expectativa de vida dos soropositivos, tem sido recorrente o pensamento de que é possível conviver com o vírus. Mas lá adiante ainda parece acenar a morte, que estabeleceria uma espécie de prazo de validade, mesmo que indeterminado, aos infectados. E em sociedades em que vigora o imperativo da saúde perfeita, que regulamentam o prolongamento da vida seja lá em que condições, a morte não seria menos que obscena (SONTAG, 2009).

³ Caio Fernando Abreu (1996, p. 102) escreveu “Voltei da Europa em junho me sentindo doente. Febres, suores, perda de peso, manchas de pele. Procurei um médico e, à revelia dele, fiz O Teste. Aquele. Depois de uma semana de espera agoniada, o resultado: HIV positivo”.

⁴ Em 1998, por exemplo, o *slogan* da Campanha Nacional contra a aids no Brasil (voltada para as mulheres) foi “Seja viva, evite a aids”. Sabemos que o sinônimo de viva é esperta, contudo acredito que a escolha do primeiro em detrimento do último deu-se pela óbvia razão de que a tomada de atitude contrária, ou seja, permitir-se o contágio do vírus, significa permitir-se morrer. O antônimo de viva seria desatenta ou imprudente, mas bem poderia ser também morta.

Além do medo da morte, contamos ainda com o medo de possuímos uma densa confiança sobre as costas, cuja declaração pode alterar radicalmente as nossas relações interpessoais e mesmo ameaçar-nos em forma de morte social. Nesse ponto, acredito que a metáfora do armário e do assumir-se – que se refere originalmente às comunidades gays e lésbicas – pode ser igualmente útil para pensarmos a situação dos soropositivos, uma vez que, como um estigma que não é visível, o processo de revelação ocorre principalmente por meio do discurso. Sedgwick (2007, p. 28) pontua como “o tropo do armário está tão perto do centro de algumas preocupações modernas” que com base na definição de pares tais quais saúde/doença ou mesmo/diferente organiza toda a sua base cultural.

Outra forte mácula do HIV é o seu carimbo de contaminação por via sexual (PELÚCIO; MISKOLCI, 2009), que recai como fomento de discriminação para o soropositivo. O sexo remete a poros, fluidos e luxúria. O sexo, que já possui estreita licitude na moral judaico-cristã, torna-se ainda mais execrável ao imaginar-se uma contaminação; pior: uma contaminação em meio ao gozo. É nesse contexto que a aids aparece como doença de comportamento (CASCAIS, 1997), doença dos promíscuos, a doença dos doentes por excelência, pois que então os desviantes sociais são tratados como enfermos, cujo escapar à norma é o sintoma de uma patologia.

O sexo transformou-se numa corrente transmissora de vírus (SONTAG, 2009), havendo curiosamente uma versão contemporânea dessa metáfora, que reside no pensamento de que navegar em páginas pornográficas da *web* é pôr em risco a vida útil do computador, pois que estas andam povoadas de vírus. Godinho (2009, p. 1) comenta que “Donna Haraway arriscou a tese, já com vários seguidores, de que o vírus da aids e os vírus de computador pertencem a um mesmo padrão já que funcionam ao nível micro/molecular como informação codificada”. Por minha vez, defendo que o imaginário de poluição das páginas pornográficas dialoga com o pânico sexual e terror viral da aids, uma vez que todo corpo com que deleitamos pode ser veículo de um vírus, esse inimigo invisível.

A aids e o culto ao prazer

Outra característica distintiva do HIV é o grau de culpabilização que envolve o seu portador. Não raro aquele que contrai o vírus é visto socialmente como um estúpido: sacrificou a vida por breves momentos de prazer. Se a busca pela longevidade significa lutar pelo não perecimento do corpo, qual o lugar destinado ao efêmero que põe em risco a vida para muito além da terceira idade? Se bem que nesse sentido os signos em circulação são ambíguos, pois rotineiramente confrontamo-nos com mensagens tais quais “viva cada momento como se fosse o único”, uma mensagem que, se levada a cabo, implica hedonismo, estímulo e valorização do prazer imediato. Muito embora o nosso individualismo moderno tenda a compreender as atitudes das pessoas como mera questão de escolha racional, não podemos ignorar o fato de que é possível que um corpo seja de tal modo interpelado, convocado ao ato sexual, que ainda que o sujeito possua intenção de preservar-se, ele pode simplesmente privar-se da precaução e escapar à lógica da racionalidade sanitária (MAIA, 2010).

Insisto em ressaltar que não alcançaríamos a dimensão concreta da relação sexual como experiência cotidiana caso a discutíssemos como atores guiados pelo primado da racionalidade, mas sim da razoabilidade, a qual, orientada por um princípio prático, suspende certas questões a fim de atingir determinado fim (GARFINKEL, 2006). E naquele momento de desejo e de prazer, o fim preciso é a sua consumação, pela qual se torna perfeitamente viável desprover o cuidado de lugar e ignorar a mensagem de perigo de uma realidade distante e anônima (PLATTS, 1999). Eu diria que perigo ali é interromper, não gozar, não gozar logo. Numa perspectiva retrospectiva, após a “efemeridade” – o tempo que a nossa formação moderna destinou à vazão de prazer – pode acontecer do deleite pelo deleite perder abruptamente a sua condição valorativa, e aquele momento passado tão *depressa* converte-se num grande problema, pois que a norma de preservação à saúde já está demasiada incutida nas nossas subjetividades.

Ao discutirmos a associação entre aids e hedonismo, é importante lembrarmos que, no Brasil, Cazusa foi uma das primeiras figuras públicas a assumir nacionalmente ser vítima da doença. O emblema imagético da sua aparição como doente de aids foi capa de um dos principais periódicos do país, a *Veja*, cuja

apelativa manchete “Uma vítima da Aids agoniza em praça pública”⁵, publicada em 1989, é acompanhada por uma assombrosa fotografia de debilidade física. A intenção da revista era claramente pautar a doença com base no choque. A cara da aids no Brasil do final da década de 1980 – mas tão forte de modo que perdurasse durante alguns anos – é Cazuzza, amarelado de putrefação, sobre uma cadeira de rodas e de feição esquelética de tão magro. Já doente, Cazuzza, que era fartamente descrito como hedonista, bissexual e orgiástico, escreveu numa das suas letras ter visto a cara da morte, todavia, como afirmou o escritor Caio Fernando Abreu (2002) nas suas *Cartas*, era nele mesmo que se via a cara da morte, face que era menos da sua pessoa do que do mal que a arruinava.

Lembro-me que em meados da década de 1990, o meu irmão, então muito magro, lamentava ter sido apelidado pela vizinhança jovem de Cazuzza, alcunha depreciativa digna de repulsa, não pela magreza em si, mas pela razão que fez de Cazuzza tão magro, e, por consequência, de Cazuzza doente. Em 2004 foi lançado pela Globo Filmes o longa-metragem biográfico *Cazuzza: o tempo não para*, que narra desde o início da sua trajetória artística no Barão Vermelho, grupo musical em que como vocalista iniciou a sua carreira, até os seus últimos dias como doente de aids. Na obra cinematográfica é muito clara a mensagem que conduz o telespectador à conclusão de que Cazuzza *fez por merecer*, demonstrando uma lógica clínica que valoriza a narrativa e a biografia e que traça uma relação de causalidade entre o percurso individual e a chaga que o hostiliza, fazendo do doente de aids, desse modo, uma vítima culpada (CASCAIS, 1997; SONTAG, 2009).

Conforme Carvalho (2010), essa imagem de vítima culpada diz respeito à passagem da medicina da doença para a medicina da saúde (medicina preventiva), a que referi anteriormente como característica das nossas sociedades contemporâneas. Nessa nova racionalidade médica, a noção de risco é fundamental para a mediação entre a saúde e a doença. Segundo a autora, que sustenta que “a medicina preventiva transformou-se numa medicina do risco” (idem, p. 134), esse novo contorno que envolve a medicina gerou pelo menos três consequências imediatas, sendo elas: a intervenção e o controle do Estado na população a fim de

⁵ Edição 1.077 de 26 de abril de 1989.

protegê-la dos riscos a que está exposta, atribuição da responsabilidade ao homem no seu adoecimento e a moralização da doença.

De fato muitas pessoas compartilham da ideia de que o portador do HIV é uma espécie de suicida, aquele que facilitou para que o vírus acometesse-o, embora valha dizer que a imagem de suicida não é monopólio apenas dos soropositivos ou dos doentes de aids; os fumantes também carregam esse estigma atualmente, como aqueles que se predispõem mais ou menos voluntariamente ao câncer pulmonar. Com o advento do HIV, Carvalho (2010) advoga que o mundo passa a ser dividido entre infectados e não infectados, e, mesmo entre infectados, é possível perceber uma hierarquização interna entre os infectados culpados (promíscuos sexualmente e toxicodependentes) e infectados inocentes (aqueles que contraíram o vírus por transfusão de sangue, hemofílicos e crianças). Assim, juízos valorativos de comportamento fazem confundir a normatividade social com a normatividade médica (idem).

Revisando estratégias de saúde pública

Ao mimar corporalmente a excitação sexual, o medo afigura-se-lhe como um desempenho secreto e um bom aliado. Há nele uma “dor deliciosa”, que vitaliza e faz valer a sua própria atração.

Perdigão apud CLÁUDIO e MATEUS, 2000

Enquanto reguladora social, a saúde pública, compreendida aqui como um discurso – conjunto de enunciações apoiadas numa mesma formação discursiva (FOUCAULT, 2003) – atua ante o HIV principalmente com base no imperativo *use camisinha* (RIOS, 2005), sendo um dos não menos importantes vetores biopolíticos de instauração e manutenção do dispositivo da aids. Na tentativa de orientar e produzir certo conhecimento, atitude e prática sexual, o discurso hegemônico da saúde pública transgride as fronteiras intimidade/publicidade e direito/dever, pois que a proteção e o cuidado, à primeira vista especialmente interessantes para o próprio indivíduo enquanto organismo vivo, transformam-se numa prudência e garantia de saúde a que estamos todos obrigados. Utilizar o preservativo nas

relações sexuais significa assim não apenas proteger-se, como, por extensão, proteger todo o corpo social.

Quando a autovigilância fracassa e deixamos de utilizar o preservativo com o nosso parceiro, é comum que comecemos a perguntar-nos sobre a vida que ele leva, tentamos decifrar o seu comportamento e caráter, em suma, investigamos a possibilidade desse Outro ser um possível contaminador do nosso corpo. Nesse momento, acionamos uma série de preconceitos e estereótipos para fins de problemáticas constatações: sua profissão, etnia, nacionalidade, identidade sexual, entre outras categorias, a fim de coletarmos pistas sobre o seu estado sorológico. Num estudo que envolveu práticas de risco em relações homossexuais, Maia (2010) verificou que a percepção do risco de fato são baseadas em características notáveis do parceiro, como aparência física, comportamento e discurso. Essas inferências nem sempre são retrospectivas, elas podem ser feitas antes da relação sexual em si. Seja como for, esse é mais um dos modos em que o dispositivo da aids é acionado nas relações cotidianas.

Ironicamente, e como seguindo a vertente analítica foucaultiana não poderia deixar de ser, o poder que delega o uso de preservativo como possibilidade única de fazer sexo é o mesmo que cede espaços de emergência de um agenciamento sexual transgressor, e nesse sentido a exposição ao risco pode constituir-se como atitude sexual prazerosa (FERNÁNDEZ-DÁVILA, 2009), o que em parte⁶ explica a adoção por inúmeras pessoas de “sexo anal desprotegido de forma intencional” (SILVA, 2009) – mais conhecido como *barebacking* – com desconhecidos. Nesse ponto, o erotismo pode ser descrito justamente com base na prática sexual perigosa, colocando em questão certas regularidades, prescrições e fronteiras (Lupton apud SILVA, 2010).

Entretanto, o nosso difuso repertório cultural permanece ambíguo⁷: acabo de assistir a um filme pornográfico contendo práticas de *barebacking*, e, ao abrir

⁶ Digo em parte porque, conforme aponta Silva (2010), além da identidade *barebacker* não se apresentar de modo único, uniforme, estável ou fixo, os interesses, sensações e significados que envolvem o sexo sem preservativo é igualmente plural, negociável, não podendo aqui reduzir essa experiência erótica e afetiva à (aparentemente) simples fórmula risco-prazer.

⁷ Castiel (1996, p. 6) pontua sobre certas “características contraditórias das sociedades ocidentais nas quais, simultaneamente, há estímulos para as pessoas consumirem múltiplas ofertas prazerosas e alerta para os riscos e malefícios destas opções. Exemplos não faltam (fora da esfera sexual, são evidentes as duplas mensagens relativas aos usos de tabaco, álcool e na gastronomia)”.

outra página da *web*, deparo-me com o anúncio publicitário que me informa que sexo só deve ser feito com preservativo. Aqui percebo que a segurança erótica que tenta regular o meu prazer com sua mensagem negativa acaba por afastar-se do meu desejo, muito mais dialógico com a perspectiva oferecida pela indústria pornográfica. São incontáveis os trabalhos que constatarem os limites da comunicação social de prevenção ao HIV (PLATTS, 1999; PAZ, 2000; MOTA, 2009), isso porque, segundo Knerr e Philpott (2008, p. 206), “tem se explorado pouco o potencial do prazer como motivação para o sexo seguro” e, em concordância com a epígrafe do trabalho dessas autoras, “a educação sexual raramente é sexy e a erótica é raramente segura”.

Em geral a linguagem publicitária de prevenção ao HIV como mecanismo de persuadir-nos para a adoção de determinado comportamento sexual fica muito aquém do principal motor do sexo: obtenção de prazer e satisfação sexual; como se sensibilidade e sensualidade não combinassem com o uso de preservativo. Pautada no paradigma “desejo *versus* razão”, a abordagem pouco ou nada erótica que comumente organiza o discurso da prevenção acabou por sacralizar o preservativo, fazendo dele muito mais importante que o próprio ato sexual (CARVALHO, 2010).

Platts (1999, p. 81) propõe que os resultados positivos das estratégias preventivas da saúde pública dar-se-iam pela “modificação mais que [pel]a eliminação de certas condutas, de tal maneira que, finalmente, a mudança signifique um esforço menos drástico da população”. Nesse sentido, ao afastar-se da “ditadura do preservativo”, o discurso preventivo estaria mais próximo dos próprios sujeitos, que negociam constantemente os seus conhecimentos acerca do tema, dos riscos e dos parceiros com os quais se envolvem (SANTOS, 2004; MAIA, 2010).

É preciso ainda revermos a patente da funcionalidade⁸ do temor com relação à aids (PLATTS, 1999; SANTOS, 2004), a velada confiança de que a produção de uma ansiedade sempre culmina na prevenção. Primeiro porque me parece claro que “tanto o adoecer como a exposição a determinados riscos se constituem como

⁸ Após saber o diagnóstico do meu estado sorológico, a profissional de saúde que me recebeu disse “serviu como susto”. Também já escutei de pessoas de gerações mais velhas que um dos motivos dos jovens *gays* hoje em dia exporem-se ao risco é o fato de eles não serem contemporâneos à chamada crise da aids, da década de 1980.

modos possíveis de permanecer vivo e, por extensão, de levar a vida” (Vaz apud CASTIEL, 1996), depois porque, se o pavor em conceber-me infectado levou-me, ao menos momentaneamente, a adotar um comportamento sexual seguro, é compreensível que horror semelhante faça com que o meu companheiro nem sequer realize o teste a que me submeti, e, assim, inconforme-se e resista ao imperativo da saúde, o qual passa sempre pela definição do estatuto sorológico do indivíduo.

Caso a solução residisse precisamente no terror, seria necessário que semelhante estado fosse mantido com persistência ao longo do tempo, porém nenhum ser humano consegue viver sob tal estado, o que me faz duvidar da eficácia desta medida (PLATTS, 1999). Aliás, como aponta Maia (2010, p. 390), o próprio discurso excessivo sobre o risco, e a meu ver a incitação ao temor, podem “servir para diminuir o seu impacto emocional e instaurar mecanismos de integração e de normalização do perigo, permitindo a sua abstração e o seu distanciamento e, por conseguinte, a exorcização do medo”.

Uma vez fui a um banheiro público onde, ao mirar o espelho, deparei-me com uma mensagem do Ministério da Saúde que dizia algo como “Esta é a única pessoa que pode obrigá-lo a fazer o teste de HIV”. Ora, no meu ponto de vista, o susto causado por tal inusitada leitura, o estímulo moderno à autorregulação nesse formato tão incisivo, que na verdade quer fazer parecer que a decisão em fazer o teste está puramente sob nossa resolução, além de individualizar algo de amplas consequências sociais, mais afasta que aproxima o interlocutor do centro de saúde onde faria o tal exame. Portanto, a evocação da sorologia enquanto determinante da vida é realizada de modo que se provoque atitudes muitas vezes contraditórias com a intenção do chamado do *marketing* social, que provavelmente ainda não deu-se conta da urgência de novos investimentos.

A aids como metáfora

Recordo-me que em 2010 um dos mais populares participantes da décima edição do *reality show* “Big Brother Brasil” declarou em rede nacional que apenas os homossexuais adoeciam de aids. O que precisamente chamou atenção no caso foram os resquícios da ideologia demasiado (hetero)normativa de grupos de risco,

que deixaram “marcas indelévels no imaginário social no qual as sexualidades dissidentes ainda são sinônimo de perigo” (PELÚCIO; MISCOLCI, 2009, p. 39). Essa é uma das razões que fazem com que a aids não represente hoje um temor homogêneo para todos os grupos. Mesmo depois de anos de campanhas e noticiários, os preconceitos com relação à ela parecem persistir, o que se constitui largamente como impasse para o almejado exercício de uma prática sexual segura por toda a gente.

A aids nessas situações é a metáfora social da impossibilidade de afeto e prazer entre pessoas do mesmo sexo, a metáfora da própria homofobia, que atua produzindo sentimentos de repugnância e de ódio a certas práticas sexuais (PLATTS, 1999). Segundo Butler (2002, p. 150), “os discursos homofóbicos que entendem a aids como o resultado da homossexualidade [...] exploram e fortalecem este tropo já circulante da homossexualidade representada como uma espécie de morte social e psíquica”, ou “da homossexualidade como paradigma do patológico” (idem, p. 105).

Na minha experiência como militante da causa LGBT, estive em alguns eventos destinados à discussão de políticas para a promoção de direitos dessa população, sendo que em todos eles foram-me entregues preservativos. Seria ingênuo afirmar que esses espaços apenas aglutinam diversas identidades, pois não levaríamos em consideração as estratégias pelas quais eles formam-nas e regulam-nas. Desse modo, a prevenção às DST atua como componente fundamental na construção *politicamente correta* dessas identidades, arquitetando-as especialmente às práticas sexuais.

Ora, sabemos que um dos modos de intervenção do Estado para controle da epidemia da aids é a distribuição gratuita de preservativos em sessões de formação e de informação sobre ela, em grandes festas e também entre pessoas consideradas com risco acrescido de contrair HIV (CARVALHO, 2010). Não ignoro as lutas sociais para controlar a transmissão do vírus, apenas pergunto-me de que modo é possível fazê-lo sem que seja reafirmada a ideia de grupos de risco. Para tal discussão – que por conta da complexidade não será possível desenvolver neste trabalho – recuperaria a sugestão da afetividade enquanto investimento político (LOPES, 2002) e portanto de um deslocamento tático do ato sexual para a amizade, defendida por

Foucault (1981) como perturbadora e transgressora. Poderíamos articular essa ideia à uma política de saúde voltada para as sexualidades dissidentes? É viável promover estratégias de prevenção ao HIV internamente sem marcar tão fortemente esses grupos pelas práticas sexuais e pelos riscos?

Algumas conclusões

O interlocutor do discurso preventivo tem sido unicamente aquele que até aqui chegou sob custódia de uma “pureza”, a qual é claramente mediada pela ideia da sorodiscordância. Por isso, torna-se interessante para o profissional de saúde alertá-lo, a fim de que ele, ao dar-se conta de como é tão mais agradável estar daquele lado (e não do Outro), possa resguardar a sua condição de corpo “sob controle”, intocado pelo contágio.

A norma percebe portanto qualquer intercâmbio sexual não regulado como sinônimo de perigo (DOUGLAS, 1991), perigo esse que é recrutado pelas campanhas de saúde a fim de fazer frente à epidemia da aids. No entanto, a sanitização do sexo (CARVALHO, 2010) costuma estabelecer um discurso em que o uso do preservativo é dissociado do imaginário erótico (MAIA, 2010), o que faz com que o medo seja uma ferramenta pedagógica bastante questionável (SANTOS, 2004).

De acordo com Martins (2002), na fantasia do “risco zero” a modernidade vive assombrada pelo fantasma da assepsia social. Vivemos numa era de políticas do risco (CARVALHO, 2010), que faz com que o indivíduo contemporâneo esteja em contínuo controle (DELEUZE, 1992), vigiando a si e ao outro. Nesse sentido, Carvalho (2010, p. 189) afirma que “a aids é o nosso espelho”, o retrato do nosso comportamento social. Esse dispositivo, na medida em que assegura que o vírus do HIV é uma ameaça anônima e que portanto não devemos confiar nos nossos parceiros, contribui definitivamente para a instauração do medo e da desconfiança nas relações humanas (idem). Assim, compreendo a aids não somente como parte da nossa experiência social (MURPHY, 1997), como também – enquanto inimiga sem rosto e difusa – uma doença que bem pode residir em cada um de nós.

Referências

ABREU, C. F. (1996). *Pequenas epifanias*. Porto Alegre, Sulinas.

_____. (2002). *Cartas*. Rio de Janeiro, Aeroplano.

_____. (2005). *Caio 3D: o essencial da década de 1980*. Rio de Janeiro, Agir.

AMORIM, C. M.; SZAPIRO, A. M. (2008). “A domesticação das singularidades: reflexões sobre o paradigma da prevenção & o caso da epidemia de HIV/AIDS”. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, Rio de Janeiro, vol. 8, n. 3, dez. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1808-42812008000300007&script=sci_arttext>. Acesso em: 23 Mai.2011.

BUTLER, J. (2002). *Cuerpos que importan: sobre los limites materiales y discursivos del “sexo”*. Buenos Aires, Paidós.

CARVALHO, M. M. (2010). *Atualizações em Foucault: aplicações da noção de dispositivo ao VIH/SIDA*. Porto, Faculdade de Letras da Universidade do Porto.

CASCAIS, A. F. (1997). “Da virulência”. In: _____. (org.). *A sida por um fio: antologia de textos*. Lisboa, Vega, p. 7-25.

CASTIEL, L. D. (1996). “Força e vontade: aspectos teóricos-metodológicos do risco em epidemiologia e prevenção do HIV/AIDS”. *Revista Saúde Pública*, São Paulo, vol. 30, n. 1, fev. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101996000100012&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 8 Jan. 2011.

CLAUDIO, V.; MATEUS, M. (2000). *Sida: eu e os outros*. Lisboa, Climepsi.

CORNEJO, G. (2011). “La guerra declarada contra el niño afeminado: una autoetnografía 'queer'”. *Íconos: Revista de Ciencias Sociales*, Quito, n. 39, jan. Disponível em: <[www.flacsoandes.org/dspace/bitstream/10469/2707/1/06.%20La%20guerra%20declarada%20contra%20el%20ni%C3%B1o%20afeminado...%20\(Dossier\).%20Giancarlo%20Cornejo.pdf](http://www.flacsoandes.org/dspace/bitstream/10469/2707/1/06.%20La%20guerra%20declarada%20contra%20el%20ni%C3%B1o%20afeminado...%20(Dossier).%20Giancarlo%20Cornejo.pdf)>. Acesso em: 26 Mai. 2011.

DELEUZE, G. (1992). *Conversações*. São Paulo, Ed. 34.

DOUGLAS, M. (1991). *Pureza e perigo*. Lisboa, Edições 70.

FERNÁNDEZ-DÁVILA, P. (2009). “Necesidades no-sexuales que motivan a un grupo de hombres que tienen sexo con hombres a involucrarse en prácticas sexuales de alto riesgo”. *Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research*, Berlim, vol. 10, n. 2, maio. Disponível em: <www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1295/2771>. Acesso em: 10 Jan. 2011.

FOLHA.com. (2007). “ONU recomenda a circuncisão masculina contra o HIV”. *Folha.com*, São Paulo, 28 mar. Disponível em:

<www1.folha.uol.com.br/folha/ciencia/ult306u16184.shtml>. Acesso em: 7 Jan. 2011.

FOUCAULT, M. (1981). "Da amizade como modo de vida". *Gai Pied*, Paris, abr. Disponível em: <<http://vsites.unb.br/fe/tef/filoesco/foucault/amizade.pdf>>. Acesso em: 9 Jan. 2011.

_____. (1997). *A ordem do discurso*. Lisboa, Relógio d'água.

_____. (2003). *A arqueologia do saber*. Lisboa, Almedina.

GARFINKEL, H. (2006). *Estudios en etnometodología*. Barcelona, Anthropos.

GODINHO, J. (2009). "Como se parece um vírus de computador?". *Interact: revista de arte, ciência e tecnologia*, Lisboa, n. 17, jul. Disponível em: <www.interact.com.pt/memory/16/>. Acesso em: 17 Mai. 2011.

GRMEK, M. (1994). *História da sida*. Lisboa, Relógio d'água.

KNERR, W.; PHILPOTT, A. (2008). "Reintroduzir o erotismo no sexo seguro: o projeto do prazer". In: CORNWALL, A.; JOLLY, S. (orgs.). *Questões de sexualidade: ensaios transculturais*. Rio de Janeiro, ABIA, p. 205-212.

LOPES, D. (2002). *O homem que amava rapazes e outros ensaios*. Rio de Janeiro, Aeroplano.

MAIA, M. (2010). "Práticas de risco no contexto das relações homossexuais". In: FERREIRA, P. M.; CABRAL, M. V. (orgs.). *Sexualidades em Portugal: comportamentos e riscos*. Lisboa, Bizâncio, p. 387-416.

MARTINS, M. L. (2002). "O trágico na modernidade". *Interact: revista online de arte, cultura e tecnologia*, n. 5. Disponível em: <www.interact.com.pt/memory/interact5/ensaio/ensaio3.html>. Acesso em: 20 Mai. 2011.

MOTA, M. P. (2009). "Homossexualidade e envelhecimento: algumas reflexões no campo da experiência". *Sinais: Revista Eletrônica de Ciências Sociais*, Vitória, vol. 1, n. 6, dez. Disponível em: <www.adital.com.br/arquivos/artigo%20-murilo_da_mota_artigo%5B1%5D.pdf>. Acesso em: 9 Jan. 2011.

MURPHY, J. S. (1997). "A epidemia da sida: uma análise fenomenológica do corpo infeccioso". In: CASCAIS, A. F. (org.). *A sida por um fio: antologia de textos*. Lisboa, Vega, p. 141-157.

PAZ, J. A. (2000). *AIDS Anunciada*. 162f. Dissertação (Mestrado em Comunicação) – Faculdade de Comunicação, Universidade de Brasília, Brasília.

PELÚCIO, L.; MISKOLCI, R. (2009). "A prevenção do desvio: o dispositivo da aids e a repatologização das sexualidades dissidentes". *Sexualidad, Salud y Sociedad: Revista Latinoamericana*, Rio de Janeiro, n. 1. Disponível em: <www.e-

publicacoes.uerj.br/index.php/SexualidadSaludySociedad/article/viewArticle/29/132>. Acesso em: 9 Jan. 2010.

PLATTS, M. (1999). *Sobre usos y abusos de la moral: ética, sida, sociedad*. México, DF, Paidós.

RIOS, L. F. (2005). "O cavalgar sem sela: desafios na promoção de saúde sexual entre jovens com práticas homossexuais". In: ADORNO, R. C. F.; ALVARENGA, A. T.; VASCONCELLOS, M. P. C. (orgs.). *Jovens, trajetórias, masculinidades e direitos*. São Paulo, FAPESP/EDUSP, p. 163-198.

SANTOS, L. H. S. (2004). "Educação e pesquisa de práticas sexuais de risco (*barebacking sex*)". In: RIOS, L. F.; PARKER, R.; PIMENTA, C.; TERTO JR., V. (orgs.). *Homossexualidade: produção cultural, cidadania e saúde*. Rio de Janeiro, ABIA, p. 69-81.

SEDGWICK, E. K. (2007). "A epistemologia do armário". *Cadernos Pagu*, Campinas, n. 28, p. 19-54.

SILVA, L. A. V. (2009). "*Barebacking* e a possibilidade de soroconversão". *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, n. 6, 2009, p. 1381-1389.

_____. (2010). "A cibersexualidade e a pesquisa *online*: algumas reflexões sobre o conceito de *barebacking*". *Interface*, Botucatu, n. 34, p. 513-517.

SONTAG, S. (2009). *A doença como metáfora e a sida e as suas metáforas*. Lisboa, Quetzal.

Recebido em março/2011

Aprovado em junho/2011