

SEXUALIDADES JUVENIS E DIAGNÓSTICO SOROPOSITIVO: A AIDS COMO PROCESSO DE (DES)APRENDIZAGENS

Jeane Félix – GEERGE/UFRGS

Agência Financiadora: CNPq

Conhecer a condição sorológica é um momento fundamental na vida de uma pessoa que vive com HIV/aids. É a partir do conhecimento do diagnóstico que as demais (des)aprendizagens associadas à nova condição sorológica (ou seja, soropositiva) vão se constituindo: é preciso aprender a lidar a condição de estar acometido/a por uma infecção crônica, com efeitos morais, culturais e sociais que não são simples; decidir se/quando/para quem contar; incorporar ao cotidiano cuidados consigo e com o/a outro/a; fazer escolhas em relação à sexualidade e às práticas sexuais. Para fins deste trabalho, argumento que a sexualidade de jovens que vivem com HIV/aids é experimentada (a partir de) e atravessada pela soropositividade e que o diagnóstico se configura como um importante processo de aprendizagem para esses/as jovens.

No que diz respeito à lista de comportamentos e hábitos que jovens que vivem com HIV/aids precisam desaprender, aprender e modificar estão aqueles que se propõem a corrigir os *maus hábitos*, incluindo aqui aqueles que podem ter sido responsáveis pela soroconversão (isto é, pela mudança na condição sorológica soronegativa para a soropositiva), particularmente as práticas sexuais desprotegidas.

Este texto tem como objetivo refletir sobre como a sexualidade de jovens que vivem com HIV/aids é atravessada pela soropositividade e de que forma a revelação do diagnóstico se configura como processo de aprendizagem para esses/as jovens. Dessa forma, o material empírico da pesquisa foi produzido a partir de *entrevistas narrativas online*, realizadas com dezesseis jovens que vivem com HIV/aids, entre 18 e 31 anos, moradores/as de diversas regiões do País. Para a realização das análises, me ancoro nos estudos de gênero e culturais em aproximação com a perspectiva pós-estruturalista de inspiração foucaultiana.

Escolhas possíveis?

Entre as aprendizagens presentes na vida de jovens que vivem com HIV/aids, aquelas associadas às vivências da sexualidade são as que incitam mais dúvidas, medos,

incertezas. Uma vez que, segundo dados do Ministério da Saúde (2010), é pela via sexual que ocorrem os maiores índices de transmissão do HIV, é para as práticas sexuais que estão voltadas as ações e intervenções no âmbito da prevenção. A possibilidade de transmitir HIV para outra pessoa foi mencionada por parte dos/as jovens entrevistados/as como algo *terrível*, uma culpa que não se quer ter. Para esses/as jovens, a possibilidade de infectar um/a parceiro/a, quer seja eventual ou fixo/a, é algo que assusta e, em virtude disso, indicaram que a prevenção é uma prática obrigatória, da qual não é possível abrir mão.

Assim, subjetivados/as pelos discursos do sexo seguro, esses/as jovens precisam desenvolver estratégias para proteger-se e cuidar de si e de seus/suas parceiros/as sexuais. Uma das decorrências disso é que muitos/as jovens que vivem com HIV preferem relacionar-se apenas com pessoas soropositivas, pois, no caso de haver algum *acidente* (o rompimento do preservativo, por exemplo), os efeitos (uma reinfeção por HIV, infecção por outra DST e/ou gravidez não planejada) não seriam *tão grandes* quanto a culpa por uma possível nova infecção. No caso de uma gravidez não planejada há, ainda, a responsabilidade, sobretudo das mulheres, de não transmitir o HIV para o/s bebê/s, o que implica, particularmente, seguir *à risca* todo o protocolo clínico de prevenção da transmissão vertical do HIV¹; caso contrário, a culpa e a responsabilidade a elas atribuídas podem ser enormes.

Nessa perspectiva, culpa e responsabilidade foram termos mencionados por muitos/as dos/as jovens durante as entrevistas, o que me faz pensar que, por essa razão, consideram-se mais responsáveis em relação ao uso de preservativos, pois não é apenas sua prevenção que está em jogo, mas, também, o cuidado com parceiros e parceiras. Assim, as práticas de cuidado e autocuidado são pilares de sustentação das intervenções tradicionais no campo da educação em saúde, que tratam de educar o público ao qual se destinam a se responsabilizar pela sua própria saúde (OLIVEIRA, 2011). Na direção indicada por Dora Oliveira (2011), penso que os/as jovens que vivem com HIV/aids são ensinados/as, desde que conhecem o próprio diagnóstico, a cuidar de sua saúde, sua vida, sua prevenção e, fazendo isso, estariam também cuidando das pessoas com as quais se relacionam. Para tanto, é preciso desaprender hábitos anteriores ao diagnóstico para aprender e apreender novos hábitos, incorporando-os à sua vida cotidiana, que agora é atravessada pela soropositividade.

¹ Transmissão vertical do HIV significa a transmissão do vírus da mãe para o bebê, o que pode ocorrer durante a gestação, o parto ou a amamentação.

As intervenções no campo da educação em saúde sustentam-se na premissa de preparar os indivíduos para cuidarem de si, o que se dá por meio de ações educativas. Nessa direção, cabe destacar que tais ensinamentos em relação aos cuidados consigo têm envolvido “a imposição de estilos de vida estabelecidos desde o ponto de vista dos profissionais de saúde, como saudáveis” (OLIVEIRA, 2011, p. 186). Isto é, mesmo que sejam apresentadas como “escolhas possíveis, não obrigatórias” (ibidem) – que seriam tomadas a partir do conhecimento de informações técnicas sobre sua condição de saúde –, via de regra, tais escolhas correspondem às orientações dos/as profissionais de saúde, já que suas falas emergem carregadas “de ‘verdades’ da ciência, a qual é difícil de contrariar” (ibidem).

Um segredo que precisa ser guardado

Em relação ao diagnóstico, boa parte dos/as jovens entrevistados disse preferir manter sua sorologia como um “segredo que precisa ser guardado”. Para alguns/as, é preciso dar um tempo para adaptar-se à nova condição de vida, *preparar-se*, até sentir-se *pronto/a* para revelar o diagnóstico à família e aos/às amigos/as, o que indica a necessidade de aprender a lidar com a nova situação, entendê-la, saber como reagir diante de seus efeitos. Para aceitar e acostumar-se com a vida após o diagnóstico, parece necessário, dentre outras coisas, apropriar-se de conhecimentos técnicos sobre o HIV/aids, o tratamento, os medicamentos e seus efeitos, sobre como relacionar-se sexualmente de modo seguro.

Em uma sociedade que se quer soronegativa – ou seja, onde ser *negativo* é a norma e ser *positivo* é o desviante – é preciso governar as pessoas que vivem com HIV para que vivam com saúde, para que não sofram consequências negativas dos medicamentos, para que não tenham seus corpos marcados por possíveis efeitos dos antirretrovirais. Nessa perspectiva, quando algum efeito da doença ou dos medicamentos se manifesta, os próprios sujeitos infectados são responsabilizados: porque não fizeram corretamente a adesão ao tratamento, não se alimentaram como deveriam, não praticaram as atividades físicas necessárias, enfim, não seguiram as prescrições dos/as especialistas, responsáveis por mantê-los bem e com saúde. Tais pressupostos constituem os discursos hegemônicos no âmbito da educação em saúde.

Do ponto de vista da significação, nossa cultura geralmente valoriza o desvio como negativo e o esperado/desejado como positivo. As duas palavras carregam esses

significados. No caso do HIV/aids, porém, esses sentidos se invertem. Assim, *positivo* inclui o sentido de doença tornada visível, e *negativo*, o que não precisa ser visto e destacado, pois é a norma. Explorados na perspectiva indicada por Guacira Louro (2003), de centro e excêntrico, os termos positivo e negativo também teriam sentidos diferentes daqueles que lhes são comumente atribuídos. Para a autora, “a posição central é considerada não problemática; todas as outras posições de sujeito estão de algum modo ligadas – e subordinadas – a ela” (ibidem, p. 44). Por essa ótica, a posição central seria atribuída à soronegatividade; a margem e a fronteira seriam ligadas à soropositividade. Comumente, algo positivo é algo bom e, inversamente, o negativo tem um sentido ruim. No entanto, tratando-se do HIV/aids, o que se deseja é ser/estar soronegativo, isto é, o negativo tem um efeito positivo, e vice-versa.

Examinando a revelação do diagnóstico em suas relações com a sexualidade, penso que cabem aqui algumas questões: os/as jovens que vivem com HIV/aids devem sempre revelar o diagnóstico às pessoas com quem se relacionam sexual e afetivamente? Qual o *melhor momento* para revelar o diagnóstico aos/às parceiros/as? Que estratégias são utilizadas por eles e por elas quando decidem revelar o diagnóstico? Como o HIV atravessa e dimensiona suas relações sexuais? Para tais questionamentos, obviamente, não há respostas fixas e únicas. Mas o material empírico analisado aqui me deu alguns sinais para pensar em respostas possíveis.

Vários/as dos/as jovens que entrevistei afirmaram se preocupar com a prevenção em respeito à própria saúde e à saúde do/a parceiro/a, embora a revelação do diagnóstico só seja feita quando é “uma relação de confiança” e/ou que “será duradoura”. Uma relação duradoura pode ser interpretada de diversas maneiras; para os/as jovens, entretanto, as relações costumam ser consideradas duradouras após poucos encontros. Os relacionamentos na (e da) juventude (mas não apenas nela) costumam ser instantâneos e passageiros, refletindo o encurtamento dos tempos e das distâncias vividos nos *nossos dias* (LÉVY, 1999; BAUMAN, 1998), com desdobramentos em diversas esferas da sociedade, como o *mundo do trabalho* (e seus vínculos empregatícios temporários) e os casamentos (que já não duram mais “até que a morte os separe”). Como indica José Sterza Justo (2005, p. 67), vivemos “a era da ‘instantaneidade’ em que não é mais preciso aguardar, esperar ou retardar a satisfação de um desejo, um gesto, uma palavra, e assim por diante”. Nesse sentido, o tempo demandado para que um relacionamento passe de eventual para duradouro pode ser rápido demais e isso talvez tenha efeitos importantes no que diz respeito,

principalmente, aos cuidados que jovens soropositivos/as necessitam ter consigo e com os outros. Houve, também, por parte de alguns/algumas jovens que entrevistei, relatos de que não fazem sexo se o/a parceiro/a não souber sua condição sorológica. Nesse sentido, não se trata de possíveis relações duradouras ou não e, sim, de relações que podem ser pontuais, mas que implicam envolvimento íntimo, isto é, sexual.

Para alguns/as dos/as jovens, revelar o diagnóstico aos possíveis parceiros/as duradouros/as significa condição fundamental para que haja envolvimento sexual, ou seja, não há sexo se o parceiro ou parceira não sabe sobre sua condição sorológica. Alguns/as jovens relataram ter vivenciado situações desconfortáveis e até constrangedoras em relação à revelação diagnóstica para parceiros/as sexuais – incluindo aqui, o fato de que alguns parceiros/as não voltaram a procurá-los/las após saberem de sua sorologia.

Algumas vezes, a revelação do diagnóstico a parceiros e parceiras sexuais e afetivos/as vai acontecendo aos poucos. Com o tempo, os/as jovens aprendem que é preciso *preparar* o outro para receber o diagnóstico e que este/a, por sua vez, pode precisar de um tempo para acostumar-se com a notícia e, também, para aprender a lidar com ela. Os processos de ensino e aprendizagem são continuamente retomados quando o assunto é revelação diagnóstica, e isso não acontece apenas quando se trata de contar a parceiros/as sexuais e afetivos/as mas, também, para amigos/as e familiares, pois há o receio de rejeição, preconceito, estigma, isolamento.

Assim, o diagnóstico vai se configurando como um *segredo* que não pode ser revelado para qualquer pessoa, tampouco de qualquer maneira. É preciso “merecer” recebê-lo. Uma das jovens que entrevistei indicou duas possibilidades para revelar o diagnóstico a um parceiro sexual: a primeira, de caráter pedagógico, dialogando sobre os conhecimentos que o parceiro tem sobre o tema, introduzindo uma conversa na tentativa de fazê-lo questionar o uso de preservativo, antes de contar sobre o seu *segredo*. Essa estratégia, de ir introduzindo o tema a partir dos conhecimentos prévios do/a parceiro/a, foi mencionada por outros/as jovens que entrevistei. A segunda possibilidade para revelar o diagnóstico, apontada pela jovem, é bastante comum (estratégia muito utilizada por outros/as jovens que entrevistei): ir contando sua situação como se essa fosse vivenciada por outras pessoas, para observar a reação do/a parceiro/a. No caso de minha jovem informante, a depender do modo como o parceiro reagisse, ela disse que terminaria a relação imediatamente. Outros/as jovens me disseram ter continuado a relação sem revelar o diagnóstico, por medo de rejeição por

parte do/a parceiro. Houve, também, os/as que mantiveram a relação e retornaram a introduzir o assunto; aqueles/as que contaram em outro momento; e os/as que vivenciaram o *sumiço* e a rejeição em decorrência da revelação, como afirmou um dos meus jovens informantes. Essa situação me provoca a pensar que, numa cultura em que a norma é a soronegatividade, parece compreensível a fuga de um envolvimento sexual sabidamente soropositivo e, por outro lado, que o HIV atravessa as relações sexuais de modo que, em alguns casos, pode parecer violação ou falta de confiança não contar. Essa situação me faz refletir, ainda, sobre o desconhecimento que a maioria das pessoas têm acerca das questões relacionadas à vida com HIV/aids. Alguns/algumas jovens que entrevistei falaram sobre a falta de conhecimentos e informações que tinham antes de conhecerem seu diagnóstico. Nessa direção, alguns/as referiram-se ao fato de que “não passava pela cabeça” a possibilidade de conhecer pessoas soropositivas e que o desejo de conhecê-las se deu a partir do momento em que se perceberam na mesma situação, indicando para a invisibilidade da temática no âmbito da norma soronegativa.

Parece ser compreensível a reação de medo, ausência e fuga de um/a parceiro/a que passa a conhecer a sorologia da pessoa com a qual está se relacionando. Desse modo, é possível indicar que os/as parceiros/as soronegativos/as, muitas vezes, necessitam também aprender a lidar com a condição sorológica de seu companheiro/a e que, muitas vezes, não consegue continuar a relação por falta (ou insuficiência) de conhecimentos e informações acerca das práticas sexuais entre casais sorodiscordantes ou sorodiferentes². Alguns/algumas jovens, falaram também sobre as dificuldades que sentem com os relacionamentos sexuais e afetivos desde que conheceram seu diagnóstico. Para alguns/as deles/as, o diagnóstico implicou diretamente na “falta de vontade” de relacionar-se sexual e afetivamente outra vez. Isso pode ter certa relação com o fato de que para alguns/as deles/as, a infecção ocorreu no interior de uma relação estável na qual se comportavam monogamicamente. O chamado “amor romântico” (FELIPE, 2007; COSTA, 2005), associado à norma soronegativa presente na nossa sociedade, é um importante contexto de risco e vulnerabilidade para homens e mulheres, jovens ou não. Em nome do amor (e da *pseudocerteza* da soronegatividade do/a parceiro), deixa-se de usar preservativo, fazem-se acordos de fidelidade e monogamia que nem sempre são respeitados por ambos os/as parceiros/as, e deixa-se de fazer exames para conhecer a condição sorológica.

² Trata-se das relações sexuais e/ou afetivas entre pessoas com sorologias distintas. Em outras palavras, é quando um/a dos/as parceiros/as é soropositivo/a e o outro/a soronegativo/a.

Alguém pra conversar?

As noções de conjugalidade, presentes na nossa cultura e representadas pelo amor romântico, sustentam-se, sobretudo, na noção de monogamia e de confiança como sendo indispensáveis para as relações sexuais (MEYER et al., 2004). Monogamia, amor e confiança são comportamentos entendidos na nossa cultura como femininos e, nessa direção, têm sido indicados como os principais contextos de vulnerabilidade para a feminização da aids no nosso país (BRASIL, 2007), uma vez que, conforme apontado por Dagmar Meyer e colaboradores/as (2004, p. 72), estes comportamentos “representados como barreiras para a adoção do preservativo, modos ditos ‘femininos’ de viver a sexualidade têm sido desvalorizados nas campanhas de prevenção”. É interessante perceber que, embora sejam comportamentos associados às mulheres, eles foram indicados na pesquisa, também, como motivadores para a infecção de jovens homens gays. O fato de a monogamia, a confiança e o amor romântico serem motivadores da infecção de jovens homens, em meu ponto de vista, coloca em xeque as noções hegemônicas nas quais estes se definem como se fossem comportamentos mais característicos de mulheres e/ou de modos femininos de ser. É possível, ainda, em outra direção, apontar que tais comportamentos femininos teriam sido responsáveis pela infecção também de homens, ou seja, que estes jovens se comportaram de modo feminino (como se isso significasse algo ruim *a priori*) e que, por isso, se infectaram.

Quando o amor romântico tem como efeito a infecção por HIV, pode ocorrer uma sensação de desconfiança e desconforto em relação a algo em que se acreditava; muitas vezes, é a própria relação (construída nas bases desse amor romântico) que é questionada. Alguns/as jovens afirmaram só terem transado sem preservativo com namorados/as, em relações fixas. Após conhecer a sorologia, alguns/as jovens relataram ter deixado de se envolver sexual e/ou afetivamente. Outros/as afirmaram que passaram a ser mais cuidadosos/as na escolha dos/as parceiros/as sexuais e afetivos, após o diagnóstico.

Os relacionamentos sexuais e afetivos dos/as jovens que vivem com HIV/aids implicam negociar, decidir sobre a revelação de diagnóstico ou não, fazer “sexo seguro”, aprender sobre as práticas sexuais que envolvem poucos riscos à sua saúde e à saúde das pessoas com as quais se relacionam. Em outras palavras, o cardápio de (des)aprendizagens que atravessa a vida sexual de um/a jovem soropositivo/a é composto por uma lista grande de cuidados, medos, ansiedades, incertezas. Mesmo que

se tenha informações técnicas *corretas*, na prática, na vivência das relações, as coisas não se dão de modo simples para todos/as. E isso não tem, necessariamente, relação com o tipo de transmissão, uma vez que ouvi tanto de jovens de transmissão horizontal quanto vertical relatos semelhantes no tocante à vivência da sexualidade.

Algumas entrevistas com jovens soropositivos/as me permitem afirmar que ter informações *corretas* não é suficiente para tranquilizá-los/as diante de uma relação sorodiferente. Parece ser necessário investir em espaços e momentos para dialogar sobre os medos, as dúvidas, as inseguranças. Apenas transmitir informação é insuficiente para apoiar os/as jovens na tomada de decisões no tocante às práticas sexuais e às relações afetivas. Vários/as jovens relataram a ausência de pessoas/espaços para falar sobre sexualidade, motivo pelo qual alguns/algumas mencionaram ter aceitado participar de minha pesquisa. Alguns/as afirmaram “tirar proveito das nossas conversas”, referindo-se ao fato de aproveitar a oportunidade de conversar com alguém que estuda o HIV/aids para tirar dúvidas, conhecer materiais educativos e obter informações sobre políticas públicas e ações de organizações não-governamentais voltadas a pessoas que vivem com HIV/aids. A recorrente afirmação de quase todos/as os/as jovens que entrevistei, quanto à ausência de pessoas com quem conversar sobre as várias dimensões da vida com HIV e de outras questões que a ela se atrelam, me inclina a pensar que as políticas públicas e os programas de prevenção e tratamento do HIV/aids não delimitam espaços e ações para incorporar amigos/as, familiares e parceiros/as amorosos/as para apoiá-los/as em seus dilemas e ansiedades. Tampouco dispensam investimentos para acolher parceiros/as e familiares na direção de ajudá-los/as a lidar com o diagnóstico, compreender sua situação sorológica e seus efeitos, bem como para sentirem-se seguros e apoiar os/as jovens com os/as quais vivem ou convivem. Do meu ponto de vista, esse hiato interfere nos modos como os/as jovens soropositivos/as, seus familiares, amigos/as e parceiros lidam com as experiências associadas às vivências com HIV/aids.

Além disso, o medo de sentir-se responsável pela possível infecção de seu/sua parceiro/a é um fantasma que acompanha quase todos/as os/as jovens que entrevistei, talvez porque os discursos sobre o cuidado consigo e com os outros assumam este tom: que os/as jovens soropositivos/as são responsáveis por se proteger e proteger os/as parceiros. A responsabilização com a qual se interpela esses/as jovens não se dá apenas no âmbito da prevenção, mas ocorre também em relação à ingestão de medicamentos, em que a culpabilização é acionada quando acontecem *falhas* na adesão, levando-se pouco em consideração os fatores que aqui interferem.

A prevenção extrapola o uso de preservativos, passando pelo uso de outros instrumentos de proteção (como luvas) e masturbação sem penetração. Isso porque os/as jovens têm dúvidas sobre o que efetivamente pode transmitir o HIV; e sobre algumas especificidades das práticas sexuais (como sexo oral, por exemplo) ainda faltam informações que permitam aos/às jovens exercer sua sexualidade sem dúvidas e/ou medos relacionados à transmissão do HIV aos/às parceiros/as. Ter dúvidas no campo das práticas sexuais foi mencionado por vários/as dos/as meus jovens informantes, o que indica a necessidade de produção de material informativo e o investimento em ações educativas direcionadas a essa população; e, também, menos burocracia e formalidade nas consultas com as equipes de saúde, particularmente médicos/as, para permitir que os/as jovens sintam-se à vontade para perguntar/falar sobre sexualidade e práticas sexuais. Uma outra questão que me parece importante de ser levada em consideração quando o assunto é prevenção (para pessoas soropositivas e também para as soronegativas) é a dimensão do prazer, cuja existência é muitas vezes negada/trocada pela dimensão do cuidado e da proteção. Tal dimensão, me parece ser insuficiente para interpelar os/as jovens em relação à prevenção.

Para além da camisinha

Estética e cuidados, prazer e afeto, intimidade e prevenção misturam-se, confundem-se e assumem um papel importante na vida sexual e nas práticas sexuais dos/as jovens que vivem com HIV/aids. Eles/as vão desenvolvendo e aprendendo formas para sentirem-se mais seguros/as no âmbito das relações sexuais, mesmo que isso implique uma *quebra* na intimidade, como o momento de “parar e colocar a camisinha” mencionado por vários/as deles/as durante as entrevistas. De qualquer modo, a decisão de usar quaisquer insumos e/ou estratégias de prevenção, convencionais ou não, não se dá fora das relações de poder e das negociações integrantes das relações sexuais. Há acordos sobre *o que pode e o que não pode* no âmbito das práticas sexuais, e tais acordos não se dão sem conflitos e angústias que dificultam o exercício da sexualidade. Para que os/as jovens soropositivos/as consigam *relaxar* e exercer sua sexualidade de modo tranquilo, é fundamental que eles/as se sintam seguros/as de que não vai haver transmissão do HIV para o/a parceiro/a.

Como já disse, muitos/as jovens soropositivos/as preferem relacionar-se apenas com pessoas que vivem com HIV/aids, jovens ou não. Essa me pareceu ser uma reação

comum após o recebimento do diagnóstico: achar que não se envolverá sexual e afetivamente outras vezes ou que isso ocorrerá apenas pessoas soropositivas, o que me faz pensar no atravessamento do HIV na sexualidade desses/as jovens. Nessa perspectiva, as chamadas relações soroconcordantes (quando ambos os/as parceiros/as possuem sorologia positiva para o HIV) propiciam aos/às jovens exercer sua sexualidade de modo tranquilo em relação à sorologia, e o HIV não é o motivo de rejeições e preconceitos. As diferenças, no campo das relações soroconcordantes, passam a ser outras, uma vez que a soropositividade atravessa também a vida dos/as parceiros/as.

As vivências da sexualidade envolvem importantes aprendizagens para os/as jovens, que precisam lidar com os cuidados prescritos para as pessoas que vivem com HIV; conhecer as estratégias de prevenção de DST/HIV/aids e de gravidez não desejada no interior das relações sorodiferentes e soroconcordantes; enfrentar o medo e a possibilidade de rejeição; decidir se/quando/como/para quem revelar o diagnóstico – aprendizagens que nem sempre são simples. Os modos de lidar com essas questões não são homogêneos e quase nunca obedecem às regras estabelecidas em manuais de *prevenção positiva*³ que, por sua vez, não conseguem abarcar todas as possibilidades de experimentar a sexualidade no escopo da juventude que vive com HIV. Há, por exemplo, a situação em que, por não saberem como lidar com o diagnóstico soropositivo, muitos/as jovens soropositivos/as passam um tempo sem se relacionar sexualmente/afetivamente, envolvendo-se em “ficadas sem sexo” ou nem isso.

Usar preservativos em todas as relações sexuais é o comportamento esperado pelo governo, por profissionais de saúde e de educação e pelos/as demais profissionais que atuam no âmbito da prevenção com pessoas que vivem com HIV/aids, sejam jovens ou não. No nosso país, parece impossível pensar em estratégias de prevenção voltadas às pessoas soropositivas (e também para a chamada *população em geral*, que se imagina soronegativa) que não incluam preservativos. Os preservativos (masculinos e femininos) representam, até o presente momento, a principal estratégia de prevenção da Política Brasileira de DST/HIV/aids, o que tem efeitos positivos, mas que não dá conta das diversas nuances e possibilidades no campo dos comportamentos sexuais. Em outras palavras, refiro-me ao fato de que é necessário pensar em estratégias de prevenção *para além da camisinha*, incluindo-se também pessoas que vivem com HIV.

³ *Prevenção positiva* ou *prevenção posithiva* é o nome dado às estratégias de promoção da saúde, qualidade de vida e prevenção destinadas às pessoas que vivem com HIV/aids.

Obviamente, reconheço a eficácia dos preservativos para enfrentar o surgimento de novas infecções por HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis. Mas penso ser importante levar em consideração o fato de que essa estratégia não interpela todas as pessoas (nenhuma estratégia conseguirá fazê-lo!) e, por essa razão, se faz necessário pensar em outras possibilidades.

Considerações finais

Sem exceção, todos/as os/as jovens que entrevistei nessa pesquisa referiram que a prevenção é algo fundamental. Sem exceção, também, disseram-me que sexo desprotegido não pode acontecer, principalmente se um dos/as parceiros/as é soropositivo. Alguns/as relataram que fidelidade, amor romântico e confiança nos parceiros sexuais e afetivos foram os motivadores que os levaram a fazer sexo desprotegido e, assim, foram a razão de sua infecção. Há nesse argumento, uma forte associação entre comportamentos/sentimentos frequentemente atribuídos às mulheres e possíveis fatores de infecção pelo HIV. Além das reflexões de gênero já empreendidas acerca desse aspecto, outras análises podem ser feitas, dentre as quais gostaria de chamar atenção para o fato de que a cultura pela qual todos/as nós somos subjetivados, bem como as instituições por meio das quais os/as jovens que vivem com HIV/aids são educados/as após conhecerem seu diagnóstico, são atravessadas por questões de gênero. Com isso, quero dizer que as intervenções no campo da prevenção e da prevenção positiva são balizadas por noções hegemônicas de gênero. Desse modo, cabe destacar a “complexidade das relações de poder de gênero que atuam para configurar, de determinados modos, as redes de instituições e relações sociais envolvidas com as ações de prevenção ao HIV/aids” (MEYER et al., 2004, p. 73). Para as/os autoras/es, essas redes de instituições e relações sociais, “ao mesmo tempo em que educam para prevenir, também produzem, normatizam e controlam formas e ‘lugares’ nos quais mulheres e homens específicos vivem suas vidas conjuntas ou separadas” (ibidem). Assim, é possível pensar que seria indispensável considerar “dimensões individuais, sociais, culturais e políticas”, tanto “na concepção [quanto na] implementação de práticas de prevenção que pretendam dar conta dessa complexidade” (MEYER et al., 2004, p. 73).

Durante as entrevistas, todos/as os/as jovens falaram sobre as relações entre sexualidade e sexo protegido como articulações indissociáveis no âmbito das práticas sexuais das pessoas que vivem com HIV/aids. O amor romântico, que se reflete em

relações de confiança e fidelidade, é o fator/contexto de maior vulnerabilidade para a infecção por HIV entre mulheres (BRASIL, 2009; BOTTI et al., 2009; VILLELA; LOPES & NILO, 2007; GIACOMOZZI & CAMARGO, 2004). De acordo com o dossiê *Mulheres com HIV/AIDS: elementos para a construção de direitos e qualidade de vida*, para boa parte das mulheres a infecção é conhecida durante a gravidez no interior dos exames do pré-natal, o que as coloca em uma séria situação de fragilidade, que seria agravada “pela suspeita da infidelidade do parceiro e pela dor e insegurança daí decorrentes, por sentimentos de culpa pela infecção e, no caso das grávidas, pela preocupação com a saúde do bebê” (INSTITUTO PATRÍCIA GALVÃO, 2003, p. 13). O discurso do amor romântico e também a monogamia e a confiança, como já indiquei, vulnerabilizam, de formas específicas, jovens mulheres e jovens gays, tema que ainda carece de estudos e análises.

Voltando ao tema das relações entre sexualidade e prevenção de HIV/aids entre jovens, o discurso “sem camisinha não rola” exerce influência significativa entre os/as jovens que vivem com HIV/aids, particularmente quando se trata de viver relações sorodiferentes. Segundo eles/as, há uma preocupação pulsante com o risco de infectar os/as parceiros/as soronegativos/as. Penso que vale a pena considerar que esses/as jovens são subjetivados/as, desde o momento em que conhecem seu diagnóstico, pelo imperativo do sexo seguro e pela responsabilização/culpabilização pela possível transmissão do vírus. Ademais, o fato de estarem participando de uma pesquisa pode ter incentivado alguns/algumas a repetir o discurso oficial e *politicamente correto*, possivelmente achando que era isso que eu – como pesquisadora e profissional do campo do HIV/aids – esperava ouvir (no caso, como se trataram de entrevistas *online*, ler).

O imperativo “use camisinha”, tão comum nas campanhas de prevenção das DST/HIV/aids, passou a interpelar alguns/algumas jovens apenas após a infecção, o que me inclina, novamente, a refletir sobre a necessidade de desenvolvermos outras estratégias de prevenção e até outros modos de sugerir a camisinha como estratégia de prevenção. Em outras palavras, aprender a usar camisinha em todas as relações parece ter acontecido menos pelo imperativo do sexo seguro e mais pelo viés do cuidado de si e do outro, presente nas abordagens voltadas às pessoas que vivem com HIV. De todo modo, os/as jovens que entrevistei relataram pouca abertura com as equipes de saúde pelas quais são atendidos/as para falar sobre sexualidade ou mesmo outras estratégias de prevenção. Para alguns/as, o diálogo sobre as possibilidades de conceber uma gravidez

natural e sobre direitos reprodutivos e direitos sexuais, de modo mais ampliado, tem sido inexistente. Mencionaram também a falta de abertura para falar sobre a sorologia nas escolas, que continuam tratando o tema do HIV/aids apenas pelo viés da prevenção, sem sequer considerar que pessoas soropositivas (não apenas jovens) também compõem os espaços escolares.

Em suma, os resultados desta pesquisa me levam a crer que a discussão sobre soropositividades juvenis está longe de se reduzir a uma simples questão de acesso à informação “correta” ou de mero controle epidemiológico das sexualidades. Ao contrário, creio que as experiências que me foram relatadas reforçam a ideia da necessidade de criação e/ou ampliação de espaços de discussão e reflexão sobre as interfaces entre questões de gênero, sexualidades, juventudes e soropositividades no âmbito da educação.

REFERÊNCIAS:

BAUMAN, Zygmunt. **Mal-estar da pós-modernidade**. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

BRASIL. **Plano Integrado de Enfrentamento à Feminização da Aids e outras DST**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. **Manual de tratamento da lipoatrofia facial**: recomendações para o preenchimento facial com polimetilmetacrilato em portadores de HIV/aids. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/man_lipoatrofia03-web.pdf>. Acesso em: 13 dez. 2011.

_____. **Boletim Epidemiológico**. Aids e DST. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2010/45974/vers_o_final_15923.pdf>. Acesso em: 13 dez. 2011.

BOTTI, Maria Luciana et al. Conflitos e sentimentos de mulheres portadoras de HIV/Aids: um estudo bibliográfico. **Revista da Escola de Enfermagem - USP**, v. 43, n. 1, p. 79-86, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n1/10.pdf>>. Acesso em 28 jan.2012.

COSTA, Sérgio. Amores fáceis: romantismo e consumo na modernidade tardia. **Novos estudos - CEBRAP**, n. 73, p. 111-124, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-33002005000300008>. Acesso em: 24 nov. 2011.

FELIPE, Jane. Do amor (ou de como glamourizar a vida): apontamentos em torno de uma educação para a sexualidade. In: RIBEIRO, Paula Regina C. et al. (org.). **Corpo**,

gênero e sexualidade: discutindo práticas educativas. Rio Grande: Editora da FURG, 2007. v. 1, p. 31-45.

GIACOMOZZI, Andréia Isabel; CAMARGO, Brigido Vizeu. Eu confio no meu marido: estudo da representação social de mulheres com parceiro fixo sobre prevenção da AIDS. **Psicologia: Teoria e Prática**, v. 6, n. 1, p. 31-44, 2004.

INSTITUTO PATRÍCIA GALVÃO. **Dossiê Mulheres com HIV/aids:** elementos para a construção de direitos e qualidade de vida. São Paulo: Instituto Patrícia Galvão, 2003. Disponível em: <http://www.giv.org.br/publicacoes/dossie_mulheres_com_hiv aids.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2011.

JUSTO, José Sterza. O “ficar” na adolescência e paradigmas de relacionamento amoroso da contemporaneidade. **Revista do Departamento de Psicologia** - Universidade Federal Fluminense, v. 17, n. 1, p. 61-77, jan./jun. 2005.

LÉVY, Pierre. **Cibercultura**. São Paulo: Ed. 34, 1999.

LOURO, Guacira Lopes. Currículo, gênero e sexualidade: o “normal”, o “diferente” e o “excêntrico”. In: LOURO, Guacira Lopes; FELIPE, Jane; GOELLNER, Silvana Vilodre. **Corpo, gênero e sexualidade:** um debate contemporâneo na educação. Petrópolis: Vozes, 2003. p. 41-52.

MEYER, Dagmar E. E. et al. ‘Mulher sem-vergonha’ e ‘traidor responsável’: problematizando representações de gênero em anúncios televisivos oficiais de prevenção ao HIV/AIDS. **Revista Estudos Feministas**, v. 12, n. 2, p. 51-76, 2004.

OLIVEIRA, Dora Lúcia Liedens Corrêa de. A enfermagem e suas apostas no autocuidado: investimentos emancipatórios ou práticas de sujeição? **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n. 1, p. 185-188, jan./fev. 2011.

VILLELA, Wilza Vieira; LOPES, Fernanda; NILO, Alessandra. **Violência de gênero contra mulheres vivendo com HIV/aids:** aprimorando as respostas no Brasil. *Saúde Coletiva*, v. 18, p. 179-183, 2007.