

## **AIDS, LONGA DURAÇÃO E O TRABALHO DO TEMPO: narrativas de homens que vivem com HIV há mais de 20 anos**

### ***AIDS, LONG DURATION AND THE WORK OF TIME: narratives of men living with HIV for more than 20 years***

---

Marcio Bressiani Zamboni<sup>1</sup>

#### **Resumo**

O objetivo deste artigo é refletir sobre como as experiências de sofrimento associadas à epidemia de HIV/Aids são (re)vividas e narradas por homens homossexuais em processos longos e descontínuos de convivência com o vírus. O trabalho de campo foi realizado na cidade de São Paulo com uma rede de homens e mulheres homossexuais na faixa dos 40 a 55 anos, geração que sofreu dramaticamente o primeiro momento da epidemia no País. Utilizando o conceito de *trabalho do tempo*, desenvolvido por Veena Das, pretende-se analisar como experiências extraordinariamente dolorosas são agenciadas pelos indivíduos no universo do cotidiano, sendo delicadamente costuradas em certas formas de vida. No conjunto de novas formas de subjetivação que caracterizam o processo de reestruturação do cotidiano após o período mais intenso da crise, a medicalização tem um lugar de destaque. Deve-se atentar, no entanto, para outras estratégias de agenciamento, como as relações afetivas e familiares.

**Palavras-chave:** HIV/Aids. Homossexualidade. Antropologia das emoções. Medicalização.

#### **Abstract**

The purpose of this article is to discuss how the experiences of suffering associated with HIV/Aids are experienced and narrated by gay men throughout long and discontinuous processes. Fieldwork was conducted in São Paulo among a network of gay men and women aged 40-55 years, a generation that dramatically suffered the first moment of the epidemic. Using the concept of *work of time*, developed by Veena Das, I aim to analyze how extraordinarily painful experiences are negotiated by individuals in their everyday life, being delicately woven in certain forms of life. In the set of new forms of subjectivity that characterize the process of restructuring everyday life after the crisis, the medicalization has a prominent place. Attention should be paid, however, to other agency strategies, such as affective and family relationships.

**Keywords:** HIV/Aids. Homosexuality. Anthropology of Emotions. Medicalization.

---

1 Doutorando em Antropologia na Universidade de São Paulo (USP), Brasil. Email: marciobz@gmail.com

## Introdução

No último *Dia Internacional de Combate à Aids*<sup>2</sup>, celebrado no primeiro dia de dezembro de 2014, o jornal *O Estado de São Paulo* publicou um editorial escrito por dois médicos infectologistas que anunciava: “Mesmo sem cura, devidamente tratada, a infecção pelo HIV<sup>3</sup> virou doença crônica” (AMADO NETO; PASTERNAK, 2014). Essa compreensão, em termos mais ou menos diversos, tem sido divulgada na esfera pública há alguns anos. A doença, que causou imenso pânico no início e nos momentos mais críticos da epidemia, e foi conhecida como “Câncer Gay”, hoje é frequentemente referida como uma “nova diabetes”.

Há poucos anos, no entanto, o mesmo jornal publicou com menos destaque outra matéria: “A sentença de morte que transformou minha vida”. Trata-se do depoimento de um jornalista americano que se identifica como homossexual e vive com aids há mais de 20 anos. O artigo começa da seguinte forma:

Não morri com hora marcada. Muitas pessoas não acreditam que a morte tenha uma data, ao menos uma que seja conhecida. Mas se você foi infectado com o vírus da AIDS no início da epidemia, pensa diferentemente. Aos 61 anos, vivi metade da vida com AIDS, minha companheira constante e prima distante, inseparável identidade que não permito me definir, fato cotidiano e situação especial que mudou minha vida sob todos os aspectos (TRAUTWEIN, 2011 [s.p.]).

Esta outra imagem da doença, como uma “sentença de morte” que muda a vida de determinada pessoa “sob todos os aspectos”, continua presente na memória daqueles que viveram a epidemia em seus momentos mais críticos. No trabalho de campo que realizei com homens e mulheres homossexuais de 40 a 55 anos na cidade de São Paulo, pude perceber que essas duas imagens da aids – fatal e crônica – estão

---

2 No texto, optei pelo uso da sigla em letras minúsculas (aids) para me referir à *Síndrome da Imuno-Deficiência Adquirida* (Sida ou, em inglês, Aids), como ela tem sido usada depois dos debates acerca da possível associação entre a grafia em maiúsculo da sigla (AIDS) e o pânico suscitado pela menção à doença. Mantereí, no entanto, a sigla no original em maiúsculo (AIDS) nas citações de textos que a utilizam desta forma.

3 O HIV, também chamado de retrovírus, é considerado pela maior parte da comunidade científica como o principal causador da aids. São chamados de *soropositivos* (HIV+) os indivíduos em cujo organismo foi identificada a presença do HIV (embora não necessariamente tenham desenvolvido a aids). Mais recentemente, foi também difundida a expressão *peçoas vivendo com HIV*. Sobre as controvérsias acerca da relação entre o HIV e a aids ver Didier Fassin (2007) e João Biehl (2005).

presentes e se articulam de maneiras específicas.

Neste artigo<sup>4</sup>, pretendo refletir sobre os sentidos dessa duplicidade, diretamente associada à longa duração da convivência de certos sujeitos com o HIV e a aids. Minha hipótese é de que essa inflexão na dinâmica do tratamento em direção à periodicidade e relativa previsibilidade de uma doença crônica é um dos elementos que permite a elaboração das experiências de profundo sofrimento vividas no início da epidemia. Argumento, no entanto, que essa dimensão não é suficiente para dar conta desse processo nem pode ser pensada isoladamente de outros conjuntos de relações sociais, como as relações afetivas e familiares. O conceito de “trabalho do tempo”, inspirado em Veena Das (1996, 1998), será a chave analítica privilegiada para articular as diversas dimensões do problema.

É importante dizer que este artigo foi escrito no contexto da minha pesquisa de mestrado, *Herança, Distinção e Desejo: homossexualidades em camadas altas na cidade de São Paulo*, que a ele deu origem, pesquisa que não começou como um trabalho de antropologia médica ou de antropologia da saúde<sup>5</sup>. Estou informado sobretudo pela perspectiva dos marcadores sociais da diferença, de forma que a aids ganha significado diante de uma articulação específica entre gênero, sexualidade e geração. Trabalhei com o argumento de que a epidemia transformou significativamente a forma como a homossexualidade era vivida por homens<sup>6</sup> de uma determinada faixa etária, ajudando a conformar certo sentido de geração (SIMÕES, 2013). Neste contexto, os saberes médicos emergem como um poderoso dispositivo

---

4 Uma primeira versão deste texto foi apresentada no GT10 (“Antropologia e doenças de longa duração”) da 29ª Reunião Brasileira de Antropologia, realizada na cidade de Natal, em agosto de 2014. Sou grato, desde esta ocasião, às organizadoras do GT, Soraya Fleischer e Monica Franch (às quais agradeço também pelo convite para participar deste dossiê), bem como aos comentários de Ivya Maksoud e Sônia Maluf. Fundamentais no momento de finalização do artigo, agradeço também as leituras cuidadosas de Marisol Marini, Pedro Lopes e Gibran Teixeira Braga.

5 Pesquisa realizada no Programa de Pós-graduação em Assistência Social da Universidade de São Paulo (PPGAS/USP) sob a orientação da professora doutora Laura Moutinho e com o financiamento da Fapesp. Este artigo é, de certa forma, uma versão reduzida do terceiro capítulo da dissertação, intitulado “O Poder e o Perigo da Aids: epidemia, ruptura e o ‘trabalho do tempo’”.

6 A aids afetou de formas muito díspares mulheres e homens homossexuais, atingindo os segundos com uma frequência imensamente maior. No universo que pesquisei, nenhuma das três mulheres foi atingida pela doença enquanto a maior parte dos seis homens se disse soropositiva. Neste artigo, focarei nas vozes masculinas. Sobre aids e homossexualidade feminina ver Gláucia Almeida (2005) e Marcio Zamboni (2014). Sobre aids e mulheres, ver também Jane Galvão e Richard Parker (1996), Carmen Dora Guimarães (2001) e Carolina Branco (2006).

de regulação de corpos e prazeres (FOUCAULT, 1999).

A argumentação deve percorrer o seguinte caminho, ao longo deste artigo: antes de tudo, apresentarei a forma pela qual a questão da aids apareceu no meu trabalho de campo e se constituiu como problema de pesquisa. Em seguida, refletirei sobre a relação entre narrativas de si e experiências de sofrimento a partir do trabalho de Veena Das, propondo uma determinada perspectiva sobre o problema, centrada no conceito de “trabalho do tempo”. Abordarei, então, a questão dos saberes médicos – considerando o seu lugar decisivo, bem como alguns de seus limites. Trarei ainda, como contraponto, um relato a respeito da importância das relações amorosas na trajetória de recuperação de um dos interlocutores. Por fim, à guisa de uma conclusão, tematizo os possíveis significados da ideia de cura neste contexto.

### **Irrompimento**

Quando iniciei o trabalho de campo junto a uma rede de homens e mulheres homossexuais pertencentes a camadas altas na cidade de São Paulo, a questão do HIV/aids não estava entre os principais problemas de pesquisa. Esta devia focar as articulações entre classe, raça e homossexualidade naquele contexto. Foi justamente a recorrência das narrativas sobre a doença e a epidemia, bem como o seu peso significativo nas trajetórias dos interlocutores, o que me levaria a tematizar especificamente este problema.

A entrada na rede se daria por meio de um amigo da minha mãe: um médico, que tinha então 50 anos, e descendia de uma família bastante tradicional da capital paulistana. Realizamos uma entrevista no formato *história de vida*, e ele me apresentou, alguns dias mais tarde, a dois amigos seus que haviam se mostrado dispostos a participar da pesquisa. Alguns meses depois, seguindo essa estratégia de *bola de neve*, havia realizado nove entrevistas (com 6 homens e 3 mulheres). Todos os entrevistados se identificavam como homossexuais e tinham entre 40 e 55 anos. Em termos de atuação profissional, havia desde herdeiros de empresas familiares até profissionais liberais (advogado, economista, arquiteta etc.) e artistas plásticos. Seria especialmente com os últimos que desenvolveria uma relação de maior proximidade após a realização das entrevistas, acompanhando situações de sociabilidade e produção artística.

Para dar maior concretude à forma como a questão do HIV/aids se impôs à pesquisa, farei a seguir uma descrição etnográfica da situação na qual ela irrompeu pela primeira vez no trabalho de campo.

Tratava-se da sessão inicial de uma das primeiras entrevistas em profundidade que realizei. Estávamos, eu e o interlocutor, sentados em lados opostos de uma mesa

redonda na cozinha de sua casa, entre pratos e copos da refeição leve que havíamos acabado de fazer – interrompendo por cerca de meia hora o percurso pelo roteiro. A noite nos havia surpreendido depois de horas de uma conversação animada que havia começado ainda de tarde, no trajeto de carro que fizemos até ali. Uma única luminária, focada sobre a mesa, estava acesa em toda a casa, e apenas com um pouco de imaginação era possível enxergar os interessantes objetos da decoração (quadros, esculturas, vasos, xícaras e travessas) que haviam chamado minha atenção quando entrei. Falávamos então sobre sexualidade: lembranças vagas da infância, anedotas hilárias sobre paixões pueris e relatos das primeiras frustrações amorosas eram contados despreocupadamente, como em uma conversa de bar.

Conforme avançávamos na reconstrução de sua trajetória afetiva e sexual, no entanto, um estranho matiz de tensão se imprimia de forma cada vez mais nítida na sua fala. Era como se ele estivesse subitamente preocupado em esconder algo – cuidado até então pouco visível. As narrativas se interrompiam em guinadas bruscas, contrastando com a envolvente naturalidade que as tinha caracterizado. Eu, pesquisador inexperiente e curioso, segui com minhas perguntas impertinentes – como se a confusão do entrevistado fosse provocada por uma falta de orientação. Até que, quando perguntei se ele ficou com alguém logo depois de terminar um determinado relacionamento, percebi finalmente uma transmutação muito clara em seu semblante, que transmitia agora uma seriedade para mim inédita. Sem olhar jamais diretamente para mim (também não tive coragem de procurar seus olhos, que buscavam apoio em algum ponto indefinido na penumbra da sala), começou a falar:

*Não, aí eu acho que eu tava numa das crises mais profundas porque talvez aí não tenha jeito, mas eu acho que foi a minha paulera [...] E eu fiz meu exame de aids, então também foi uma quebra porque eu sou soropositivo, então nesse contexto eu acho que foi uma coisa determinante. [...] Mas como a pesquisa fala sobre homossexualidade, acho que não tem jeito, tem que falar. [...] Foi uma paulada na época. Não tinha conhecimento nenhum, então foi uma condição de solidão que eu nunca tinha imaginado que eu suportaria. [...] Acho que isso é bem marcado na nossa geração, é uma coisa interessante. Tem que falar porque é também uma coisa que envolve a questão da sexualidade. Mas a questão da homossexualidade não contém essa questão. [...] Não sei, eu acho que apesar de ter sido uma doença gerada por uma relação sexual... Eu não sei se eu atribuiria tanto significado ao sexo... Sexo determinou tudo, mas se você pensa: a tua homossexualidade determinou sua vida, determinou seu percurso? Sim. A sua fonte de inspiração? Evidentemente. E a aids? E aí é claro que a aids é muito mais poderosa como experiência de vida do que a tua sexualidade porque ela te coloca numa situação de limite mais tenso eu acho. É uma vida mais tensa, é uma vida mais solitária também porque não é uma coisa sobre a qual é fácil*

*you conversar, nem com o seu melhor amigo, mesmo que ele seja soropositivo*(Transcrição de entrevista em profundidade).

O que está sendo dito neste trecho, de forma bastante explícita, é que, em sua trajetória, a convivência com o HIV é mais decisiva do que a experiência da homossexualidade. O problema do HIV/aids se impôs assim à pesquisa, desafiando seus pressupostos e sugerindo uma revisão da abordagem. Estava diante de certos sujeitos que não se definiam nos mesmos termos com que eu esperava defini-los, e traziam questões que não eram exatamente aquelas com as quais pretendia trabalhar. Trata-se, afinal, de uma dinâmica de identificação e de diferenciação que não diz respeito tão diretamente às disputas por poder e prestígio nem a identidades coletivas reivindicadas publicamente, mas que se produz, sobretudo, através de uma experiência compartilhada de sofrimento.

O doloroso constrangimento a que se refere este entrevistado me levaria também a pensar em estratégias textuais que evitassem a exposição excessiva de partes tão delicadas da subjetividade e da história de vida dos interlocutores. A mais simples delas é minimizar as referências aos dados biográficos dos sujeitos, enfatizando a dimensão coletiva ou compartilhada dessas experiências. Vejamos, a seguir, que estratégias conceituais e analíticas podem ser também mobilizadas.

## **Dor**

Pretendo elaborar, então, a possibilidade de se falar sobre experiências de profundo sofrimento (como aquelas associadas ao primeiro momento da epidemia) e as circunstâncias nas quais esse diálogo é possível. Existe uma diferença fundamental entre as experiências de sofrimento que podem ser expressas em queixas no dia a dia daquelas que permanecem contidas, indizíveis. Veena Das (1998; 1996), em sua sensível abordagem da violência vivida por mulheres na região do Punjab, destaca a importância do reconhecimento do sofrimento através do ato de testemunhar, para que o mesmo possa ser permeável ao *trabalho do tempo* (DAS, 1996), para que possa ser ressignificado e incorporado à vida cotidiana. A impossibilidade de expressar esses sentimentos pode colocar os sujeitos em “*uma condição de solidão que eu nunca tinha imaginado que suportaria*”, para utilizar palavras há pouco citadas.

Uma das formas de pensar os limites do dizível é associá-lo às fronteiras de uma determinada *forma de vida*—partindo da leitura que Veena Das (1998) faz desse conceito na obra de Wittgenstein. Experiências de sofrimento extraordinário, de angústias vorazes e dores agudas, ao tensionarem as fronteiras que constituem

uma determinada compreensão da condição humana, não são facilmente expressas pelo vocabulário e pelas fórmulas narrativas disponíveis na linguagem cotidiana. Quando uma sensibilidade moldada para perceber certo espectro de situações se confronta com uma violenta avalanche de fatos sombrios e sentimentos insólitos, a linguagem que dá significado a esse universo familiar subitamente falha, revelando seus limites. Nas entrevistas, quando os interlocutores descreviam o panorama geral do primeiro momento da epidemia, as palavras escolhidas remetiam justamente às fronteiras da racionalidade: louco, insano, inacreditável, trágico, dramático, estranho, esquisito.

Um completo silêncio ou uma relativa *pobreza de palavras* (DAS, 1999, p. 31) caracteriza as memórias mais radicalmente dolorosas associadas à epidemia. De fato, não escutei nenhum testemunho mais denso por parte dos homens<sup>7</sup> que vivem com HIV a respeito do padecimento e da morte de pessoas extremamente próximas – embora estas sejam referidas nas entrevistas e em conversas cotidianas com significativa frequência. As poucas cenas que emergiram nas falas masculinas, no entanto, aparecem como *slides* congelados (DAS, 1999, p. 33) – não chegam a se desenvolver como narrativas. Vejamos, por exemplo, a forma como um dos interlocutores descreve as circunstâncias da morte de um de seus melhores amigos:

*Os dois nunca se cuidaram, sempre fizeram de tudo e falavam para quem quisesse ouvir que não queriam passar dos 30 - que não queriam ficar velhos. O Henrique<sup>8</sup> está aí, não pegou aids, mas está como você sabe. E o Felipe acabou não passando muito do que ele queria, morreu em [19]96 – mas quando ele estava morrendo na cama dava para ver que ele não estava vendo graça nenhuma naquilo* (Transcrição de entrevista em profundidade).

Toda a força descritiva da cena se concentra em uma única imagem (o amigo morrendo na cama) – que cristaliza um imbricado conjunto de sentimentos contraditórios e profundamente dolorosos. Trata-se de “um drama com poucas palavras, mas muitos olhares, relances e gestos significativos” (LIVINGSTON, 2012, p. 196, tradução minha). O irônico destino de um jovem irreverente se traduz na rápida mirada, tão ácida quanto fugitiva, de um amigo angustiado que sofre no

---

<sup>7</sup> O relato mais detalhado e comovente foi oferecido por uma mulher gay a respeito de um amigo próximo, vítima da epidemia. Ao refletir sobre ele em outro trabalho, enfatizo justamente a possibilidade de pensar as interlocuções da dor como uma das dimensões do trabalho do tempo.

<sup>8</sup> Nomes fictícios.

próprio corpo com a mesma doença.

A trama mais completa da tragédia (o recebimento dos diagnósticos e prognósticos, as tensões familiares, os rumores suspeitos, a transmissão de boas e más notícias, o colapso financeiro, o rápido padecimento do corpo, promessas e compromissos estabelecidos no leito de morte, a assombrosa proximidade dos funerais) permanece oculta, subentendida, inenarrável. A cristalização da cena na fala é também a cristalização de uma memória que se blinda contra o trabalho do tempo – permanece como estranha à forma de vida.

A elaboração e o reconhecimento de formas narrativas através das quais as memórias mais intensamente dolorosas podem ser transfiguradas em testemunhos de sofrimento exprimíveis na linguagem do cotidiano é uma das dimensões do processo que quero analisar. O discurso privilegiado para essa transfiguração é, sem dúvida, aquele oferecido pelo saber médico – e uma minuciosa descrição dos procedimentos realizados, dos cuidados tomados e da disciplina exercida, onde proliferam termos de um vocabulário técnico, é a forma mais comum de testemunho sobre a experiência de viver com o vírus. A promoção biopolítica (em grande parte mediada pela atuação das ONGs/aids<sup>9</sup>) de uma compreensão da epidemia na qual a associação com a homossexualidade e a repreensão moral das vítimas eram cada vez menos centrais daria mais legitimidade a uma narrativa heroica de enfrentamento da doença<sup>10</sup> e abriria um espaço de reconhecimento para esses relatos.

Meus interlocutores, entretanto, não parecem convencidos de que a epidemia seja experienciada apenas no plano biológico do corpo – e não devo, portanto, endossar a pretensão totalizante dos saberes médicos. O esforço será, então, apresentar a diversidade de esferas da vida cotidiana nas quais a ruptura desferida pela epidemia se imprime, e analisar as formas narrativas pelas quais um sofrimento vivido nas fronteiras de uma forma de vida pode ser compartilhado e exposto ao trabalho do tempo. Neste artigo, devo enfatizar especificamente o lugar das relações afetivas e sexuais nesse processo<sup>11</sup>.

Para isso, será necessário construir certo distanciamento em relação a uma compreensão do sofrimento associado à epidemia como dor individual e biológica

---

9 Ver Carlos Guilherme Valle (2002). Sobre as transformações na representação da aids na esfera pública e sua relação com o ativismo ver também Jane Galvão (2000), João Biehl (2005), Laura Moutinho e Silvia Aguião (2005) e Richard Miskolci e Larissa Pelúcio (2009).

10 Em última instância, estende-se à aids um tipo de relato já bastante institucionalizado para outras doenças que não sofriam a mesma estigmatização, como o câncer (SONTAG, 1999).

11 Em minha dissertação de mestrado, analiso também as dimensões das relações familiares e das lutas políticas e identitárias.

localizada no corpo doente. Devo, em contraste, trabalhar com uma noção de *ruptura brutal*<sup>12</sup> como um conjunto compartilhado de experiências de sofrimento, que articula a dor vivida no corpo doente, a infiltração da dor sentida por corpos próximos e um sofrimento associado às perdas (que é uma das dimensões do luto). Minha intenção é, portanto, destacar o caráter multifocal e interlocutório do sofrimento produzido pela epidemia – um sofrimento localizado simultaneamente em muitos corpos, e compartilhado através de delicadas dinâmicas de solidariedade (marcadas frequentemente pelo compartilhamento de uma identidade homossexual).

Em *Imaginative Horizons* (2004), Vincent Crapanzano discorre sobre o caráter interpessoal ou interlocutório da dor. Analisando o filme *Gritos e Sussurros*<sup>13</sup>, de Ingmar Bergman, o antropólogo sugere que este “não é apenas sobre o sofrimento de Agnes, mas sobre a transmissão daquele sofrimento para as mulheres que a cercavam” (CRAPANZANO, 2004, p. 85). Seria uma característica intrínseca da dor, em alcance proporcional à sua intensidade, o poder de se propagar em direção àqueles que estão próximos (física e afetivamente) de quem sofre.

Quero me aproximar então da concepção de trauma que Crapanzano desenvolve em seguida. O referente último deste, defende o autor, não é necessariamente o corpo de quem revive o trauma. O confronto com o padecimento e a morte de pessoas próximas não deixa de ser um confronto muitas vezes traumático com a própria vitalidade e a própria mortalidade (mesmo que objetificadas no outro). O caso paradigmático que informa esta acepção é o trauma de soldados que vivem constantemente transtornados por imagens dos corpos mutilados de seus companheiros (ou mesmo de seus inimigos) anos depois de retornarem da guerra – e que sentem a dor desferida no outro como uma violação de seus próprios corpos.

O primeiro momento da epidemia de HIV/aids pode ser entendido como uma ruptura brutal não apenas para aqueles que sofreram o contágio, mas também para aqueles que estavam próximos destes e compartilharam o seu sofrimento. Da mesma forma, a epidemia pode ser (re)vivida como um acontecimento traumático não apenas por pessoas que vivem com o vírus – e a dimensão mais marcante da experiência de sofrimento delas não é necessariamente a dor sofrida no próprio corpo como efeito da doença ou do tratamento.

A escassez de espaços reconhecidos para a expressão do sofrimento na linguagem do cotidiano se, por um lado, não impede o compartilhamento da dor,

---

12 Termo inspirado na descrição dos efeitos da Partição no Punjab por Veena Das (1998).

13 Neste filme, 4 mulheres (3 irmãs abastadas e uma criada) se reúnem em uma casa em torno de Agnes, que padece dolorosamente de câncer.

por outro impõe barreiras para o ato de testemunhar que expõe as experiências de ruptura brutal ao trabalho do tempo. A ideia de *conhecimento venenoso* (DAS, 1996) representa bem esse tipo de memória contida, preservada dolorosamente nas entranhas de *corpos que lembram* (FASSIN, 2007). No caso de pessoas que vivem com HIV, a contínua reiteração e a periculosidade desse tipo de conhecimento ganham uma particular concretude – uma vez que a presença do próprio vírus (expressa por uma “carga viral” precisa e frequentemente mensurada pelos saberes médicos) possui uma relação metonímica com a epidemia e com o sofrimento por ela produzido. Essa lembrança promovida pelo corpo, no entanto, não tem necessariamente o próprio corpo como referente último – um conjunto mais amplo de compromissos afetivos compartilhados está em jogo.

Esses processos interconectados de subjetivação em longo prazo nos remetem ao que Allen Feldman (2002) chamou de *trauma-tropismo*:

Trauma-tropismo é um termo que tomei emprestado, em sentido metafórico, da botânica. Nesta ciência, é definido como a curvatura reativa de uma planta ou organismo resultante de um antigo ferimento. Comunidades particulares e sociedades inteiras podem reorganizar suas identidades, histórias e projetos em torno da curvatura de um determinado ferimento “histórico”, e isso seria um trauma-tropismo socialmente construído. Trauma-tropismo é uma forma de memória coletiva ou, mais especificamente, um enquadramento ou uma metodologia através da qual uma coletividade recupera um passado e o situa em uma relação dinâmica e produtiva para a interpretação do presente. (FELDMAN, 2002, p. 236, tradução minha).

Nesse sentido, disponho-me a olhar para o primeiro momento da epidemia de HIV/aids como uma espécie de trauma que afeta profundamente a dinâmica de interação da sociedade como um todo e, de forma diferenciada, grupos particulares em seu interior. Redes de sociabilidade e solidariedade entre homens que compartilhavam certa identidade homossexual seriam atingidas de forma especialmente dramática (PERLONGHER, 1987; POLLAK, 1990) – e as formas como se reestruturaram nas duas décadas que se seguiram podem ser analisadas nos termos de um trauma-tropismo.

Começemos então pelo papel dos saberes médicos no trabalho do tempo, para depois passarmos para a dimensão das relações afetivas e sexuais.

## Medicalização

Os saberes médicos tem um papel decisivo na trajetória de todos os entrevistados que vivem com HIV – particularmente, embora não apenas, no que diz respeito à relação deles com a aids. A epidemia só ganha significado como tal enquanto um fato produzido por esse saber-poder; o próprio diagnóstico só é formulado em termos médicos. Em outras palavras: toda experiência com o HIV e a aids é, em alguma medida, medicalizada (e medicamentalizada), embora não seja pensada exclusivamente por meio de discursos médicos.

A medicalização funciona como um mecanismo de captura da experiência na medida em que dá significado a percepções, sentimentos e fenômenos fisiológicos de todos os tipos, articulando-os em um discurso científico normativo. Como sugeri mais cedo, os saberes médicos oferecem também uma forma narrativa para a elaboração de testemunhos sobre o sofrimento. Seus efeitos, no entanto, não são tão previsíveis quanto os médicos gostariam – e o caráter desestabilizador do diagnóstico é um exemplo de uma rota de fuga que se inicia em uma tentativa de captura. O discurso médico, embora tenha primazia sobre a atribuição de significado ao que poderíamos chamar de experiência do HIV e da aids, não controla completamente os processos de subjetivação que esta engendra. O que se pretende delinear, neste momento, são precisamente o alcance e os limites desse projeto regulador e algumas formas pelas quais ele entra em conflito com outros discursos e fluxos existenciais.

Antes de seguirmos, parece-me útil distinguir rapidamente três categorias nativas da medicina que nos ajudarão a diferenciar seus múltiplos efeitos sobre os sujeitos: *diagnóstico*, *prognóstico* e *tratamento*. O primeiro seria a produção de uma verdade sobre o estado presente do paciente. O segundo seria uma previsão sobre o desenvolvimento futuro deste estado. Por fim, o tratamento diz respeito ao conjunto de disposições e práticas prescritas tendo em vista a melhor condição de vida possível segundo, evidentemente, os parâmetros dos próprios médicos.

O *diagnóstico* do HIV pertence, desde sua primeira elaboração até o presente momento, a um seleto grupo de diagnósticos que tem validade vitalícia, ou seja, produz uma verdade profunda e duradoura sobre os pacientes. O caráter do *prognóstico* se transformou bastante desde o início da epidemia, tornando-se cada vez menos pessimista, mas manteve uma característica fundamental: tratando-se de uma síndrome que pode levar à morte, significa em todos os casos um confronto com a mortalidade (SONTAG, 1989). O trecho do artigo de Mark Trautwein, citado no início do texto, afirma isso de forma particularmente eloquente.

O *tratamento* do HIV implica um radical disciplinamento dos corpos, que se confunde com o disciplinamento da própria vida. Trata-se, durante certo período de tempo, de uma sujeição quase total à medicina. Não é à toa que Nestor Perlongher

fala em um *dispositivo da AIDS* (1987a, p. 74; MISKOLCI; PELÚCIO, 2009) – em referência ao célebre conceito de dispositivo da sexualidade elaborado por Michel Foucault (1999[1976]). O HIV e a aids são, nesse sentido, pontos de penetração do poder (médico, estatal) no corpo dos indivíduos. Retomando o argumento de Foucault, não podemos esquecer que a natureza desse poder que *deixa morrer e faz viver* é fundamentalmente produtiva. Atualiza, reforça, amplia e multiplica, por um lado, as tecnologias de poder através das quais atua e, por outro, movimentada e aprimora os corpos que governa. Essa dinâmica tem um efeito duradouro que ultrapassa os limites do tratamento. Vejamos como um dos interlocutores desenvolve essa questão:

**Entrevistado:** *Na verdade eu tinha muito mais medo quando eu não sabia do que quando eu soube. Claro que quando você sabe é um choque e tal, mas eu lidei muito bem com a coisa, rapidinho. Eu já estava com sintomas [...] Aí fiz exame, comecei a me tratar e melhorei. Mas depois de um ano eu tive um câncer, um linfoma que é relacionado e aí eu quase morri. [...] Eu tive a sorte de adoecer e três meses depois já tinham estes remédios e os primeiros inibidores de protease já estavam circulando aqui [no Brasil]. E aí eu fiquei bom, eu fiz oito meses de quimioterapia.*

**Antropólogo:** *Mas aquela fase quando você não saiu com ninguém era porque você estava fisicamente mal ou por que...*

**Entrevistado:** *Sob este aspecto talvez eu tenha lidado mal com isso. Eu não tava a fim. Eu sou muito lento para processar as coisas. Mas assim, eu não fiquei deprimido, a não ser que o tempo de não ter trepado durante quatro anos pode ser uma forma de depressão, pode até ser. Mas de jeito nenhum, no meu dia a dia eu não estava deprimido. Agora é um saco porque a cada três meses tem que ir ao médico, fazer exames e tem que tomar os remédios todo dia e tem os efeitos, a coisa de metabolismo, teu corpo começa a mudar porque você tem uma redistribuição das gorduras do corpo, você perde gordura nas pernas, na bunda, no rosto e vai tudo para a barriga e aqui atrás [toca com a mão a própria nuca], aumenta o colesterol, em consequência disso começa a aumentar o açúcar, começa a aumentar a pressão, mas você lida com estas coisas, você vai se acostumando também. [...] É que nessa questão do corpo eu sou vaidoso, eu gasto uma boa energia para me manter mais ou menos em forma, mas tem uma coisa também, como os remédios deformam o corpo, se você não quer isso você tem que fazer, você tem que se mobilizar de alguma forma, você tem que praticar esporte senão realmente você fica muito deformado, você perde completamente a bunda, a perna fica muito fina, fica com um barrigão, isso aqui [aponta para maçãs do rosto] afunda, você fica horrível. E na verdade teve como consequência que eu comecei a praticar esporte ou atividade física de uma forma regular logo depois que eu descobri que eu tinha HIV que eu comecei a praticar Ioga. Eu já fiz um preenchimento*

*aqui [no rosto] porque aqui ficou muito marcado, foi à única coisa que eu fiz* (Transcrição de entrevista em profundidade).

Neste trecho, é notável como a descrição minuciosa da gestão do corpo demandada pela medicalização dos efeitos da doença (e dos efeitos colaterais dos remédios) ganha o protagonismo na narrativa, deixando em segundo plano, parcialmente silenciadas, outras dimensões do problema. Algumas observações podem ser feitas a respeito desse fenômeno. Em primeiro lugar, é importante reconhecer que os saberes médicos dão sentido a uma angústia que antes era inominável. Conforme afirma a maior parte dos entrevistados, o medo da epidemia era muito mais insólito antes de o campo biomédico oferecer uma resposta menos controversa e prescrever um programa de tratamento mais eficaz para combater os sintomas da doença.

Em segundo lugar, é possível observar como as narrativas sobre o tratamento se articulam a um discurso sobre cuidados corporais, saúde e vitalidade de forma mais ampla. A disciplina imposta pela “luta” significa muitas vezes a produção de uma nova vitalidade. Essa percepção, no entanto, parece antes uma reelaboração em longo prazo desta experiência do que algo produzido no próprio contexto do padecimento. Os momentos críticos da doença são descritos em termos muito mais melancólicos do que esperançosos.

Preocupamo-nos, então, em situar em um momento específico da trajetória dos interlocutores as narrativas de positivação da experiência de profundo padecimento em consequência da aids. Trata-se, sobretudo, de indivíduos que, graças a uma gestão médica bem sucedida da doença, convivem com poucos de seus sintomas mais dolorosos. O comovente artigo/manifesto *Confesso que estou vivo*, publicado no *Jornal do Brasil* pelo sociólogo Herbert de Souza<sup>14</sup>, expressa com notável bom humor os efeitos das mudanças no tratamento e nos prognósticos no início dos anos 1990:

Lembrei-me de que a AIDS havia aparecido em 1981, ligada à ideia da morte, doença

---

14 Mais conhecido como “Betinho”, Herbert de Souza foi fundamental para a produção de uma nova sensibilidade social para a questão do HIV/aids no Brasil. Seu grande reconhecimento moral como militante de esquerda durante o Regime Militar foi decisiva para dar legitimidade às reivindicações de políticas públicas nesta direção. Sendo hemofílico, contraiu o HIV através de uma transfusão de sangue e se colocou publicamente como soropositivo. Em articulação com militantes homossexuais, atuou na criação da ABIA (Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS).

fatal, vírus invencível, morte com data marcada. Estar com AIDS era estar marcado para morrer muito mais rápido do que qualquer mortal. Os primeiros doentes de AIDS percorreram em pouco tempo esse caminho do sofrimento terrível, da discriminação e da morte. Acompanhei e presenciei a morte de meus dois irmãos hemofílicos, Henfil e Francisco Mario. [...] Com o tempo muita coisa foi mudando. O vírus foi perdendo sua invencibilidade e seu caráter de absoluta excepcionalidade. [...] Enfim, a AIDS foi e está sendo enfrentada como uma doença que ainda não tem cura, mas que já pode ser em grande medida controlada e que, num prazo ainda não determinado, poderá ser curada ou definitivamente controlada, como já ocorreu com tantas outras doenças incuráveis da história. [...] Depois de me preparar para morrer em dois anos - fiz também meus cálculos - e de verificar que já se passaram quase três anos de minha morte anunciada, cheguei à conclusão de que o melhor que faço é me preparar mesmo para continuar vivendo. [...] Hoje me vejo em situação embaraçosa para mim e para meus amigos. Minha morte não ocorreu. Tive de assistir desolado à morte de vários amigos que se foram antes de mim. [...] Meu analista, desesperado com a minha insistência em não morrer, já propôs o fim do tratamento. Meu médico imunologista já recebe com visível inquietação os resultados normais de meus hemogramas. Minha companheira muitas vezes se esquece de minha situação e me trata com a absoluta e notável naturalidade (SOUZA, 1991, [s.p.]).

É possível enxergar nesse trecho o duplo processo que quero analisar. Por um lado, certoprotagonismo do discurso clínico como ponto de inflexão no sentido da narrativa e como linguagem privilegiada para falar sobre os “fatos” da epidemia. Oferece-se, nesse sentido, um primeiro quadro de referência temporal para o testemunho. Está presente, por outro, um segundo momento no qual outras dimensões da vida, descritas através de outras formas narrativas, permitem também traduzir a experiência da epidemia: relações familiares e conjugais, sociabilidade, terapia, atuação profissional e política. Todas essas mudanças só se desenrolam e ganham novos significados no tempo.

Neste relato, estamos falando de um período relativamente curto (Betinho morreu em 1997 – cerca de 10 anos após receber o diagnóstico). Estou trabalhando com processos significativamente mais longos, de pessoas que vivem com o vírus há aproximadamente 25 anos, ao longo dos quais os prognósticos se tornaram cada vez mais otimistas. O espectro da morte, à medida que se distancia, torna-se também mais dizível. Os saberes médicos permitem, em certo sentido, a captura da própria morte pela gestão de sua distância.

Podemos então pensar a medicalização do HIV e da aids como um regulador

descontínuo de tempo em duas escalas distintas. Uma escala é a do *prognóstico*, que diz respeito a ciclos vitais mais amplos e define, em sucessivos e contraditórios vaticínios, a distância da morte. Trata-se, em termos sensivelmente distintos, de algo próximo do que JainLochlann (2013) chama de *tempo diagnóstico* em sua reflexão sobre o câncer. Outra escala é a do *tratamento*, que diz respeito a ciclos vitais mais breves (semanas, dias, noites de sono, refeições, tempos de repouso, horas, minutos), instaurando uma disciplina corporal que insiste em dominar o cotidiano. Trata-se, sobretudo, da dimensão da medicamentação.

Vejamos, então, agora, como outro tipo de relação social pode atuar para tornar o sofrimento permeável ao trabalho do tempo.

### **Amor**

O relato que se segue faz parte de outra entrevista em profundidade. Ele também não emergiu quando falávamos especificamente sobre a epidemia. Assim como da primeira vez em que o problema apareceu, conversávamos sobre a trajetória afetiva e sexual do entrevistado. Enquanto este descrevia um de seus namoros mais marcantes, no entanto, o problema do diagnóstico ganhou consistência e a linguagem dos relacionamentos (elaborada em uma gramática afetiva original) se converteu subitamente em uma forma narrativa capaz de traduzir o que viemos chamando de trabalho do tempo:

*Eu fiquei muito tempo sem ter um namoro antes [...] Ele veio de encontro a uma procura que era naquela época a ideia - e eu acho que ainda é - a ideia de um amor que passa por um reconhecimento na própria condição de soropositivo. Quando eu descobri que o Cadu era soropositivo houve uma espécie de despertar para a possibilidade de uma relação amorosa que incluísse uma abertura pra isso. E eu acho que isso facilitou. A nossa aproximação eu lembro bem num concerto onde eu estava. Vi que ele estava bem afetado fisicamente e isso me interessou. [...] Foi uma relação super legal e de certa maneira acompanhada dessa experiência de ver ele se recuperar e melhorar. Ele estava num processo muito louco, na época ainda não tinha todos os recursos de tratamento e ao mesmo tempo [em que os recursos se multiplicavam ele] foi se recuperando, foi se tratando e diminuindo essas idas [ao hospital]. Eu acompanhei muitas internações. Ele precisava tomar soro todos os dias, eu ia lá e desenhava. Eu tenho um caderno de desenhos que são desenhos dele em tratamento. Aquele braço ali [na parede] é um braço dele, eu até pus um coração na mão - na verdade é um braço estendido para pegar a veia. [...] Isso pra mim matou uma vontade, eu acho que eu tinha uma curiosidade e uma fantasia de conviver amorosamente e pensar o amor no sentido da ajuda, o amor que cura. [...] E o nosso amor juntou algumas pessoas,*

*de repente fez um circuito de pessoas, isso é muito bonito, isso tem uma força* (Transcrição de entrevista em profundidade).

Este relato revela de forma comovente quão delicado é o esforço de incorporar o diagnóstico a projetos existenciais<sup>15</sup>. Ao mesmo tempo, sugere que há um grande potencial criativo e transformador neste movimento. A gramática afetiva desenvolvida no curso deste relacionamento – que articula o amor, a ajuda e o reconhecimento da condição de soropositivo – extrapola os limites convencionais do casal, mobilizando pessoas próximas e a produção artística em um empreendimento mais amplo de elaboração de uma estética existencial que permitisse gerir (não apenas em termos médicos) a vida diante da proximidade da morte.

Uma nova dimensão do problema emerge neste trecho, tensionando o tecido das narrativas em outro sentido. Trata-se do problema da cura. Em que sentido se pode dizer que o amor cura? Qual a relação entre essa ideia de cura e o espectro da morte? Qual é, por fim, a relação da (homo)sexualidade com a doença e com a cura?

## **Cura**

Uma das principais características da aids, responsável por grande parte do pânico moral que a acompanhou, é o fato de que ela não possui uma cura conhecida. Assim como outras doenças de longa duração (como a diabetes), ela pode ser controlada, mas jamais curada no sentido mais convencional do termo. Partindo das instigantes definições de doença e recuperação propostas por Canguilhem, no entanto, podemos olhar para o problema através de outra perspectiva:

Um indivíduo doente é um indivíduo preso em uma luta com seu meio para estabelecer uma nova ordem ou estabilidade. A recuperação estabelece uma nova norma, diferente da antiga. No curso da doença, o indivíduo doente faz tudo para evitar uma reação catastrófica. Reação catastrófica é aquela que impede o indivíduo de se adaptar rapidamente às condições ambientais em transformação (CANGUILHEM, 1994, p. 355, tradução minha).

O que me parece particularmente interessante nesta definição é a ideia de que a recuperação ou, se quisermos, a cura não significa o retorno a um estado anterior, mas sim o encontro de uma nova ordem necessariamente diferente da anterior. O

---

15 Em sua tese de doutorado, Ivya Maksud (2007) discute esse tipo de dinâmica em “casais sorodiscordantes” (um soropositivo e o outro não).

pânico moral associado à fatalidade do diagnóstico perde, assim, parte de seu fundamento: nenhuma doença passa sem nos transformar irreversivelmente, sem nos impelir à luta por um novo equilíbrio. A contínua eminência da catástrofe é um dos aspectos fundamentais desse processo de recuperação. Uma passagem do artigo *Language and Body: Transactions in the construction of pain*, de Veena Das (1996), pode nos conduzir a um repertório semântico mais próximo do universo pesquisado: “Em detrimento das imagens simplificadas de cura associadas a reviver um trauma ou extrair o desejo por um objeto perdido e reinvesti-lo em outro, precisamos pensar a cura como uma espécie de relacionamento com a morte” (DAS, 1996, p. 78, tradução minha).

O confronto com a morte (ou, se preferirmos, com a mortalidade<sup>16</sup>) pode ser pensado, então, como uma dimensão privilegiada para a compreensão da experiência de sofrimento associada à epidemia. Entretanto, conforme argumentamos há pouco, esse confronto não precisa ser objetificado no próprio corpo, e o sofrimento que dele emana não pode ser reduzido a uma concepção biológica de dor associada aos sintomas da doença. A cura é também, nesse sentido, o poder de dar significado à mortalidade – de criar um lugar para a morte em uma estética existencial (ou em uma nova estabilidade, seguindo a linguagem de Canguilhem).

Como vimos, há formas socialmente prescritas de definir esse lugar da mortalidade. Uma vasta literatura e um poderoso arranjo de práticas institucionalizadas são produzidos continuamente pelos discursos médicos, psicológicos e psiquiátricos para administrar esse problema. Veena Das alerta justamente para os limites do efeito, muitas vezes simplificador, das imagens oferecidas por esses discursos.

A relação entre vida, morte e a tensão imposta pela doença é formulada de maneira comovente (até mesmo visceral) por Jacques Derrida (2004) em sua última entrevista. Já ciente de seu gravíssimo estado de saúde, o pensador francês destaca os novos significados que a ideia de sobrevivência ganha diante da iminência da morte:

Eu nunca aprendi a viver. Absolutamente não! Aprender a viver deveria significar aprender a morrer – reconhecer, aceitar, uma mortalidade absoluta – sem final feliz ou ressurreição, ou redenção, para si mesmo ou para qualquer outra pessoa. Essa tem sido a postura filosófica clássica desde Platão: ser um filósofo é aprender a morrer. Eu acredito nesta verdade sem me entregar a ela. E me entrego cada vez menos, na verdade. Eu não aprendi a aceitar a morte. Somos todos sobreviventes através de sucessivos adiamentos.

Mas esse período de adiamento está se consumindo ainda mais rapidamente. Cada vez

---

16 Pensando aqui a mortalidade como uma percepção da eminência da morte.

mais, pois, os intelectuais com os quais estou associado estão mortos e eu estou sendo chamado de “último sobrevivente”. [...] Mesmo sabendo que tudo isso é rigorosamente verdadeiro, eu não me submeto inteiramente. Isso antes me provoca uma certa melancolia ou nostalgia pela revolta. Ainda mais, quando certos problemas de saúde se tornam mais agudos, a questão da sobrevivência ou do adiamento – que sempre me assombraram literal e incansavelmente durante toda a minha vida, de forma palpável – ganha uma nova coloração.

Eu sempre me interessei pela questão da sobrevivência, que não é secundária quando se fala de vida ou morte. É uma questão originária: a vida é sobrevivência. Sobreviver significa ordinariamente continuar a viver, mas também viver depois da morte. Falando sobre a tradução, Walter Benjamin delinea uma diferenciação entre *überleben*, por um lado, viver depois da morte, como um livro pode sobreviver à morte de seu autor ou uma criança à morte de seus pais e, por outro, *fortleben*, *living on*, continuar vivendo. Todas as ideias que me ajudaram em meu trabalho, especialmente os que se referem aos rastros e ao espectral, estão relacionadas à ideia de “sobreviver” como dimensão básica. Esta não é derivada da vida ou da morte. Ela é nada mais do que eu chamo de “luto original”. É algo que não espera pela chamada “verdadeira” morte (DERRIDA, 2004, p. 18-19, tradução minha).

Para além da vontade de “continuar vivendo”, a percepção da mortalidade intensifica em Derrida o desejo de “viver depois da morte”. Em seu caso, esse desejo se expressava sobretudo através da escrita, de sua produção intelectual. No trabalho de João Biehl, esse desejo aparece também na vontade de ter filhos (BIEHL, 2007, p. 36): assim como o livro sobrevive à morte do autor, os filhos podem sobreviver à morte dos pais. No meu trabalho de campo, o trabalho artístico emergia frequentemente como algo capaz de canalizar esse sentimento de urgência.

Quero atentar, portanto, para essas formas criativas de gestão da mortalidade que emergem nas narrativas de maneiras frequentemente acidentais, confusas e contraditórias, mas nem por isso menos inspiradoras. Apresento, então, dois breves relatos formulados por dois diferentes interlocutores em meio às entrevistas em profundidade, nos quais a necessidade de estabelecer uma relação com a morte aparece de forma interessante. Tratam, ambos, do efeito em longo prazo que o diagnóstico de HIV teve em suas vidas. Vejamos o primeiro:

*Pegou, mas de uma forma mais sutil. Pegou no sentido de... Quem passa por uma experiência de ser jovem e você tem que lidar com a possibilidade de você morrer daquilo, isso ser uma probabilidade bastante alta te faz lidar com isso de uma forma... Você tem que encarar. Eu acho assim: eu saí fortalecido dessa experiência toda, então num certo sentido*

*eu posso até dizer que foi bom. Mas obviamente eu não desejo isso pra ninguém, porque é um trauma* (Transcrição de entrevista em profundidade).

Neste trecho, vemos que existe uma clara disjunção temporal entre o primeiro momento, do “trauma”, e um segundo, quando se “sai fortalecido”. Um contraste parecido, formulado em termos distintos, é elaborado por outro interlocutor:

*Foi uma bela guinada. Não vou dizer foi bom. Mas foi um reencontro com níveis de profundidade mais densos. [...]Eu acho que te dá um sentido de... de urgência mesmo. Acho que tem duas possibilidades. Eu tive desde uma crise de depressão ou de alto astral quando eu estava começando a construir aqui, e achava que não ia viver o suficiente para habitar a casa, [...] tive uma crise achando que ia morrer. Até sentir que a vida tem um tempo mesmo, que você tem que ter uma relação com a tua vitalidade e com a tua confiança, com os teus projetos, com o que você quer fazer, e com a coletividade também. Acho que me deu uma acordada. Eu era meio banana antes. Acho que eu era um pouco fútil. Eu dava um sentido diferente à produção da minha arte, do que eu queria realizar na vida* (Transcrição de entrevista em profundidade).

O que gostaria de destacar nesses relatos é o lugar ambivalente ocupado pela mortalidade. O confronto com ela está, por um lado, associado a uma experiência traumática de profundo sofrimento, de angústia e solidão. Por outro, o enfrentamento precoce com a mortalidade é apresentado como um fator de fortalecimento espiritual e regeneração moral, como o disparador de uma nova forma de estar no mundo, uma renovada vontade de viver (BIEHL, 2007).

Existe, no entanto, um lapso temporal entre esses dois polos contraditórios – o primeiro associado ao início da epidemia e o segundo a um momento posterior que parece se estender até o presente. Entre ambos, como vimos, há um processo relativamente bem sucedido de gestão biomédica da doença nos corpos. Esse contraste é, acredito, uma projeção em outro plano do contraste delineado entre o sofrimento extraordinário que permanece cristalizado e o sofrimento que se traduz em queixas na linguagem cotidiana. A vontade intensa de (sobre)viver para além da morte emerge como um sentimento que, tendo sido adquirido nos momentos mais críticos da epidemia, preserva-se ao longo do tempo, e parece ser um dos principais elementos positivos da urgência existencial sobre a qual os interlocutores falam.

O lugar ambivalente da mortalidade se articula também ao lugar ambivalente da sexualidade (ou do sexo) nas narrativas sobre a epidemia. O sexo é, de uma parte, o veículo da infecção – responsável, em grande medida, pelo confronto com a morte.

Além disso, uma associação mórbida entre a epidemia e a homossexualidade foi amplamente divulgada na esfera pública, e a violenta repreensão moral que esses sujeitos sofreram funcionou como um poderoso catalisador do sofrimento.

Mas vemos que a sexualidade ocupa também, de outra parte, um lugar privilegiado nas narrativas sobre a vida. Estamos falando de um contexto no qual as redes de sociabilidade e solidariedade estruturadas pela amizade e pelo amor (e fortalecidas pelo compartilhamento de uma identidade homossexual) formam o cerne da existência social dos indivíduos – em contraste com um estilo de vida mais convencional estruturado em torno da vida familiar. Além disso, temos, como vimos, os relacionamentos amorosos como um campo estratégico para a produção de novas gramáticas afetivas – nas quais a proximidade da morte pode ser incorporada em projetos de vida compartilhados.

A presença simbólica do sexo nas fronteiras entre a morte e a vida não é um traço de originalidade da epidemia de HIV/aids, embora esta tenha transformado a forma como essa relação foi pensada e vivida. Pelo contrário: ela faz parte do substrato cultural no qual a epidemia ganha significado (POLLAK, 1990; SONTAG, 1989). Se a associação da sexualidade com o perigo da morte ganha contornos particularmente sombrios nos momentos críticos da epidemia, também a (homo) sexualidade aparece como forma particularmente potente de produção de vida nas décadas que se seguiram.

O que me parece mais fascinante nesse movimento é que essa produção de vida não precisa ser associada com a reprodução biológica da espécie. A sexualidade não desafia a mortalidade apenas pela capacidade de criar novas pessoas através de relações heterossexuais, mas também por um potencial criativo associado ao prazer, ao afeto e mesmo à posição de marginalidade característica do estilo de vida homossexual. Trata-se de um trabalho coletivo, que envolve redes de sociabilidade e solidariedade, organizações políticas e identidades coletivas – nos termos de Allen Feldman (2002), aquilo que chamei de *trauma-tropismo*.

Por fim, podemos afirmar que uma profunda *reflexividade* em relação à vida é a característica dessa convivência com a mortalidade mais valorizada nas narrativas. A “sentença de morte”, o elemento fatal da doença, mais decisivo no início da epidemia, mas ainda presente na memória corporificada dos sujeitos, intensifica essa dinâmica. A longa duração desta relação permite pensarmos esse processo de produção de vida e reinvenção de si como uma forma de *trabalho do tempo*.

- ALMEIDA, G. **Da invisibilidade à vulnerabilidade**: percurso do corpo lésbico na cena brasileira face à possibilidade de infecção por DST e Aids. 2005. 342 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.
- AMADO NETO, Vicente; PASTERNAK, Jacyr. AIDS – Particularidades no Tratamento. **O Estado de São Paulo**, 1 de dezembro de 2014.
- BIEHL, João. **Will to live**: AIDS therapies and the politics of survival. Princeton: Princeton University Press, 2005.
- BRANCO, Carolina. **Mulheres em Movimento**: Trajetórias de mulheres HIV+ no movimento político de HIV/AIDS do Estado do Paraná. 2006. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Universidade Estadual de Londrina, Paraná, 2006.
- CANGUILHEM, Georges. **A Vital Rationalist**: Selected Writing from Georges Canguilhem. New York: Zone Books, 1994.
- CRAPANZANO, Vincent. **Imaginative Horizons**: an essay in literary-philosophical anthropology. Chicago / Londres: The University of Chicago Press, 2004.
- DAS, Veena. Language and Body: Transactions in the construction of pain. **Daedalus**, v. 125, n. 1, p. 67-91, 1996.
- \_\_\_\_\_. Fronteiras, Violência e o Trabalho do Tempo: alguns temas wittgensteinianos. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 14, n. 40, p. 31-42, 1999.
- DERRIDA, Jacques. Je suis en guerre contre moi-même. **Le Monde**, outubro de 2004.
- FASSIN, Didier. **When Bodies Remember**: experiences and politics of AIDS in South Africa. Berkeley: University of California Press, 2007.
- FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade I**: A vontade de saber. Rio de Janeiro: Graal, 1999.
- GALVÃO, Jane. **AIDS no Brasil**: a agenda de construção de uma epidemia. São Paulo: Ed. 34, 2000.
- GUIMARÃES, Carmem Dora. **AIDS no feminino**: por que cada vez mais mulheres contraem AIDS no Brasil? Rio de Janeiro: Ed. da UFRJ, 2001.
- LOCHLANN, Jain S. **Malignant**: How Cancer Becomes Us. Berkeley: University of California Press, 2013.
- LIVINGSTON, Julie. **Improvising Medicine**: An African Oncology Ward in an Emerging Cancer Epidemic. Durham: Duke University Press, 2012.
- MAKSUD, Ivia. **Casais Sorodiscordantes**: conjugalidade, práticas sexuais e HIV/AIDS. 2007. 259f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.
- MISKOLCI, Richard; PELÚCIO, Larissa. A prevenção do desvio: o dispositivo da aids e a repatologização das sexualidades dissidentes?. **Sexualidade, Salud y Sociedad**, n.1, p. 125-157, 2009.
- MOUTINHO, Laura, AGUIÃO, Sílvia. Sexualidade e AIDS. In: MOUTINHO, Laura; CARRARA, Sérgio; AGUIÃO, Sílvia. **Sexualidade e comportamento sexual no Brasil**: dados e pesquisas. Rio de Janeiro: CLAM, 2005. p. 67-115.
- PARKER, Richard; GALVÃO, Jane. **Quebrando o silêncio**: mulheres e AIDS no Brasil. São Paulo: ABIA, 1996.

- PERLONGHER, Nestor. **O que é AIDS**. São Paulo: Brasiliense, 1987.
- POLLAK, Michel. **Os Homossexuais e a AIDS**: sociologia de uma epidemia. São Paulo: Estação Liberdade, 1990.
- SIMÕES, Julio Assis. Gerações e identidades homossexuais entre homens: narrativa, tempo, diferença. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL FAZENDO GÊNERO, 10 -Desafios Atuais dos Feminismos, Florianópolis, 2013.
- SONTAG, Susan. **A AIDS e suas metáforas**. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.
- SOUZA, Herbert de. Confesso que estou vivo. **Jornal do Brasil**, 10 de fevereiro de 1991.
- TRAUTWEIN, Mark. A Sentença de morte que transformou minha vida. **O Estado de São Paulo**, 13 de junho de 2011.
- VALLE, Carlos Guilherme. Identidades, doença e organização social: um estudo das “pessoas vivendo com HIV e AIDS”. **Horizontes Antropológicos**, v. 17, n. 17, p. 179-210, 2002.
- ZAMBONI, Marcio. Interlocuções da Dor: a epidemia de HIV/AIDS na perspectiva de mulheres homossexuais. In: SEMINÁRIO NACIONAL SOCIOLOGIA & POLÍTICA, 5. Curitiba, 2014.

Recebido em 26/01/2015

Aprovado em 09/04/2015