

**“EU CUIDO DELA E ELA CUIDA DE MIM”:  
reflexões sobre o cuidado a partir de narrativas de casais  
homossexuais sorodiscordantes<sup>1</sup>**

**“I TAKE CARE OF HER AND SHE TAKES CARE OF ME”:  
reflexions on care out of narratives of  
homosexual HIV mixed-status couples.**

---

Marcia Reis Longhi<sup>2</sup>

**Resumo**

O presente texto tem por principal objetivo fazer algumas ponderações reflexivas sobre a prática do cuidado tendo como base empírica a pesquisa *Sorodiscordância entre casais gays em João Pessoa: conjugalidade, práticas sexuais e negociação do risco* realizada em João Pessoa no período de julho de 2011 a março de 2013. Para tanto, será feita uma breve contextualização da AIDS no Brasil atual e sua relativamente recente condição de doença crônica. Em seguida, será abordada a discussão sobre ética do cuidado a partir da literatura produzida pela saúde coletiva e outras perspectivas teóricas sobre o cuidado. Finalmente, tendo a narrativa dos casais homossexuais sorodiscordantes como pano de fundo, proporemos pensar o cuidado numa perspectiva polissêmica.

**Palavras-chave:** AIDS. Sorodiscordância. Cronicidade. Cuidado.

---

1 Texto inspirado no trabalho apresentado na 29ª RBA – Reunião Brasileira de Antropologia, de 3 a 6 de agosto na Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), 2014. Tomamos aqui como base empírica a pesquisa *Sorodiscordância entre casais gays em João Pessoa: conjugalidade, práticas sexuais e negociação do risco* aprovada pelo Edital MCT/CNPq 14/2010 – Universal – Faixa A, e coordenada pela professora Mónica L. Franch Gutiérrez do Programa de Pós-graduação em Antropologia da Universidade federal da Paraíba (PPGA/UFPB). Integraram a equipe docente as professoras/pesquisadoras Ednalva Neves, PPGA/PPGS/UFPB; Luziana Marques Fonseca da Silva, DCS/UFPB (Campus IV); Márcia Longhi, PPGA/UFPB. O relatório foi concluído em julho de 2013.

2 Doutora pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), professora adjunta do Departamento de Ciências Sociais do Programa de Pós-graduação em Antropologia da Universidade Federal da Paraíba (PPGA/UFPB), João Pessoa, Brasil. Email: marciareislonghi@gmail.com

### Abstract

This paper has as its primary aim to ponder on the practice of care. Its main empirical basis is the research “HIV mixed-status among gay couples in João Pessoa: conjugalidade, sexual practices and risk negotiation”, developed in the city of João Pessoa from July 2011 to March 2013. First, it is presented a brief contextualization of AIDS in Brazil and its recent status of chronic disease. Then, the discussion over the ethics of care is addressed from the literature produced by public health and others theoretical perspectives about care. Lastly, with the narrative of homosexual HIV mixed-status couples as a background, we will make the point of thinking care through a polysemous perspective.

**Keywords:** AIDS. HIV mix-status. Chronicity. Care.

### Introdução

O presente texto tem por principal objetivo fazer algumas ponderações reflexivas sobre a prática do cuidado tendo como base empírica a pesquisa *Sorodiscordância entre casais gays em João Pessoa: conjugalidade, práticas sexuais e negociação do risco* realizada em João Pessoa no período de julho de 2011 a março de 2013. A pesquisa em questão buscou conhecer e compreender as práticas sexuais, a relação com o serviço de saúde e as questões subjetivas atreladas a conjugalidade no contexto da sorodiscordância. Foram entrevistadas 21 pessoas e, na medida do possível e da disponibilidade do casal, entrevistamos os dois integrantes da díade, separadamente. Aqui, farei um recorte analítico do material pesquisado e me deterei na questão do cuidado e sua relação com a condição de cronicidade da AIDS, nos dias de hoje. Para tanto, farei uma breve contextualização da AIDS no Brasil atual e refletirei sobre o entrelaçamento da cronicidade, da conjugalidade e da sorodiscordância. Em seguida, abordarei a discussão da ética do cuidado presente em alguns segmentos da saúde coletiva, apontarei outras perspectivas sobre o cuidado e, finalmente, discutirei o cuidado a partir das narrativas dos interlocutores.

### AIDS e cronicidade: uma breve contextualização

A AIDS, nos últimos anos, graças ao desenvolvimento das técnicas de terapia antirretroviral e também às políticas de acesso universal a medicamentos, vigentes no Brasil desde a década de noventa, ganhou “*status*” de doença crônica. A expectativa de vida, assim como a qualidade, aumentou significativamente. Esta realidade promoveu alterações na vivência subjetiva e social da doença. As pessoas portadoras do vírus passaram a ser denominadas e a se autodenominarem de ‘*peessoas vivendo*’, e a reconstruir seus projetos de vida. Os casais passam a planejar sua vida reprodutiva, as ONGs passam a lutar por direitos como benefício, acesso a procedimentos cirúrgicos reparatórios de sequelas advindas do uso continuado da medicação,

direito à moradia, à procriação, além da luta permanente contra a discriminação e o preconceito, que, apesar de menos agudos, permanecem profundos e ganham novos contornos.

A condição de cronicidade traz, por outro lado, um abalo nos investimentos governamentais, pois, como dizem, a AIDS “caiu na vala do SUS”. Agora, os movimentos sociais e os segmentos do Ministério da Saúde responsáveis pela prevenção e tratamento da AIDS lutam e disputam verbas com outras doenças crônicas. Além disso, dados recentes nos informam que o número de pessoas soropositivas volta a subir no Brasil, na contramão da tendência mundial<sup>3</sup>. Enfim, a AIDS continua a ser um campo de estudo sócio-antropológico extremamente rico e atual, que nos comunica sobre os significados que a sociedade atribui à condição de soropositividade e os critérios morais que permeiam as ações públicas e privadas.

Outra questão que merece ser pontuada é que a AIDS, desde seus primórdios, caracterizou-se por seu viés político. Os portadores se organizaram, passaram a dominar os aspectos técnicos da doença e a enfrentar as autoridades médicas em seu próprio terreno, rompendo com o papel historicamente submisso e silencioso atribuídos aos pacientes (CAMARGO JR., 1994). É neste contexto que começam a surgir as organizações não governamentais (ONG) para enfrentar a epidemia. Fica evidente a tensão e o embate entre diferentes campos de saber e poder: médico, científico, militância, igreja. Esta tradição fez com que a relação entre o portador e o serviço de saúde não fosse hierarquizada da mesma forma que outras doenças crônicas. No caso da AIDS, o conhecimento é acessado por diferentes canais: organizações não governamentais, casas de apoio, congressos. Esta é uma questão importante para a trajetória da síndrome, e interessante quando pensamos sobre o cuidado. O campo mostrou que o soropositivo vai ao serviço de saúde com regularidade, tende a aderir ao tratamento, mas não desenvolve uma relação de

---

<sup>3</sup> Esta afirmação mereceria um maior aprofundamento, pois existem informações contraditórias a respeito. Esta contradição é, em parte, resultado, também, do sistema de notificação adotado pelo Ministério da Saúde, que vem se aperfeiçoando ao longo das últimas décadas. Apesar de o protocolo de notificação da AIDS existir há anos, só em 2012 o do HIV ganhou existência em nível nacional, embora já houvesse em alguns Estados. Em 2013, presenciamos conflitos entre declarações do Ministério da Saúde, que se dizia “tranquilo” com relação à situação da AIDS em nosso País, e a sociedade civil organizada, que, através de um documento, expôs seu desagrado em relação às colocações de representantes do Ministério da Saúde, deles discordando. O manifesto chamou-se *O que nos tira o sono*, em referência à fala do Ministério que, durante a 19ª Conferência Internacional de Aids, realizada nos Estados Unidos, dissera que nada no Brasil em relação à aids tira o sono deles. Para quem desejar informar-se mais, sugerimos a leitura do *Boletim Epidemiológico HIV Aids* editado em 2013 pelo Ministério da Saúde

dependência com o profissional. Em algumas entrevistas, foi possível perceber isto claramente quando o paciente relata que, durante a consulta, omitia algumas informações para que o médico “*não enchesse o saco*”. No entanto, isto só acontecia porque o paciente acreditava que tinha informações suficientes e poderia tomar suas próprias decisões (sendo isso verdadeiro ou não).

Os serviços de saúde, por sua vez, mantêm uma abordagem centrada no indivíduo, invisibilizando algumas dimensões da vida intrinsecamente associadas à soropositividade quando essa atrela-se a conjugalidade sorodiscordante. Produções recentes (MAKSUD et al., 2002; PERRUSI, FRANCH, 2009, 2013; FRANCH, PERRUSI, 2013; SILVA, 2012) chamam atenção para o fato de que esta postura produz certa negação da vida privada dos sujeitos, e as demandas reprodutivas desses casais, quando ocorrem, raramente chegam ao serviço de saúde. Certamente, esta negação contribui para a invisibilidade da conjugalidade homossexual sorodiscordante nos serviços de saúde (SILVA; CAMARGO JUNIOR, 2011), realidade observada durante a pesquisa através da dificuldade encontrada pela equipe em identificar casais com este perfil nos serviços de referência. Boa parte dos entrevistados foi acessada por meio dos movimentos sociais e das redes de sociabilidade.

Do ponto de vista dos sujeitos, a descoberta da soropositividade costuma provocar uma importante crise vital, uma ruptura biográfica (BURY, 1982), que acarreta perdas e mudanças estruturais de diferentes magnitudes. A parceria amorosa também é impactada, especialmente quando é anterior ao conhecimento do HIV.

### **Cronicidade, conjugalidade e sorodiscordância**

A condição de doença crônica, como já colocado, permite que o portador do HIV tenha novas perspectivas de vida. As *peças vivendo* não são mais pessoas próximas da morte. Dão andamento a suas vidas, relacionam-se afetivamente e abrem espaço para relações duradouras, percebidas como estáveis, independente de serem relações hetero ou homossexuais. Também não devemos esquecer que vivemos um momento em que as parcerias LGBT ganham maior visibilidade e que existe um amplo debate sobre a equiparação do seu estatuto legal ao dos casais e famílias de base heterossexual (GROSSI, 2003; GROSSI, UZIEL, MELLO, 2007), estimulando a busca pela oficialização da relação entre os casais homoeróticos.

Desse modo, algumas questões merecem ser ressaltadas nesta discussão que envolve a AIDS como doença crônica e o cuidado. Primeiro, é possível perceber que a dimensão da sexualidade não está sendo incorporada no tratamento, o que me faz pensar que o paciente não está sendo visto em sua totalidade, postura preconizada pela ética do cuidado; além disso, o usuário do serviço é visto na sua individualidade,

o que significa que seu parceiro/parceira não é pensando como um elemento inerente ao tratamento e, assim, a conjugalidade também não, o que pode indicar que este paciente não é efetivamente aceito em suas escolhas e orientações, pois ignora-se uma dimensão significativa de sua vida (SILVA; CAMARGO JUNIOR, 2011).

A sorodiscordância, por sua vez, instaura uma *diferença* entre os membros do casal (MAKSUD, 2012). Sendo uma doença sexualmente transmissível, esta diferença vem acompanhada de consequências concretas, algumas bastante negativas, como o controle das práticas sexuais consideradas de risco, a necessidade de, regularmente, realizar testes, o permanente fantasma da contaminação e, muito frequentemente, a necessidade de guardar um segredo que não pode ser publicizado (MAKSUD, 2012). No entanto, a pesquisa mostra que existem também os lados positivos nesta convivência com o *diferente*. A cumplicidade estabelecida pelo casal a partir de um segredo comum, a admiração pelo outro, que apesar da soropositividade vive, luta, sonha como qualquer outra pessoa, entre outros, são narrados como elementos que fortalecem os vínculos afetivos do casal.

Existem muitas questões relevantes quando nos debruçamos sobre o cruzamento entre sorodiscordância e conjugalidade. No entanto, nosso foco, neste momento, será dirigido para os sentidos que o cuidado assume na convivência do casal e na relação com o serviço de saúde.

### **Um pouco sobre o cuidado**

O cuidado é uma palavra usada no senso comum e, geralmente, não nos debruçamos sobre suas origens. Em seu sentido etimológico, a palavra cuidar, de origem latina, está frequentemente associada ao verbo *cogitare*, cujos significados são: pensar, supor e imaginar. Já o verbo *cogitare* origina-se do vocábulo *co-agitare*, assumindo o significado de “agitação de pensamento”, “revolver no espírito” ou “tornar a pensar em alguma coisa” (MONTENEGRO, 2001). Ainda em relação ao termo cuidar, verifica-se sua aproximação com o vocábulo latino *curare*, cujo sentido associa-se a ideia de “tratar de”; “pôr o cuidado em” (MONTENEGRO, 2001). Podemos dizer que o cuidar tanto está relacionado a algo que se faz por si próprio – o autocuidado – como a algo feito para o outro, geralmente associado ao cuidado da saúde, mas que também está diretamente vinculado ao cuidar daqueles que pela lei são considerados incapazes, geralmente as crianças e os idosos.

Torralba Roselló (2009), em seu livro *Antropologia do cuidar*, traz contribuições interessantes a partir da antropologia filosófica, tendo como foco as profissionais da enfermagem. Chama atenção para algumas definições de “cuidado” e suas consequências. Primeiro, associa o cuidado com a *vulnerabilidade real*. Segundo

o autor, todos somos vulneráveis, mas a diferença está entre a vulnerabilidade potencial e a vulnerabilidade real. Um elemento que merece ser destacado é a associação do cuidado com o termo *acompanhar*. Apesar de achar interessante a diferenciação entre vulnerabilidade real e potencial, penso que as discussões teóricas e os dados empíricos nos permitem problematizar isso. Minha opção foi pensar o cuidado num sentido mais amplo e não apenas centrado nas ações práticas, quando o outro está objetivamente incapacitado de dar conta de si. Este enfoque é dado quando está se falando do cuidado com idosos que não dão conta das Atividades da Vida Diária (AVD).

Leininger (1984) pontua quatro razões que justificam o estudo do cuidado. Sintetizando-as, podemos dizer que o cuidado é inerente à possibilidade do crescimento, desenvolvimento e sobrevivência dos seres humanos, mas é também praticado e recebido a partir da dinâmica cultural dos diferentes grupos sociais e, nesse sentido, merece ser pesquisado e compreendido a partir do enfoque antropológico. O autor também destaca a importância de um aprofundamento nos estudos sobre a compreensão do cuidado praticado no campo da enfermagem, que é a profissão vista como ‘*responsável*’ por esta prática (LEININGER, 1984).

No contexto da conjugalidade entre sorodiscordantes, foi possível perceber um cuidado polissêmico, de mão dupla, onde quem era o cuidador e quem era o cuidado alternava, numa relação dinâmica, fluida e horizontal. Também foi possível notar que a subjetividade está entrelaçada com as práticas – questão à qual retornaremos mais adiante. Antes, situaremos algumas discussões sobre cuidado no campo da saúde, com ênfase na saúde coletiva.

### **O cuidado no campo da saúde**

O cuidado tem sido objeto de reflexões acadêmicas em diferentes áreas do conhecimento, entre elas, a saúde coletiva. Muitas das publicações neste campo do saber partem do princípio da integralidade – um dos pilares de sustentação do SUS – para pensar e problematizar a lógica do atendimento nos serviços de saúde no nosso País, bem como a precária incorporação do princípio da humanização da saúde pública – o *Direito Humano ao Cuidado* (PINHEIRO, 2013). Certas tendências relacionam – de maneira inversamente proporcional – o avanço científico e tecnológico e a prática humanizada de assistência à saúde, colocando em campos diferentes estas duas dimensões práticas (MERHY, 2000). Alguns autores (AYRES, 2004; PINHEIRO, MATTOS, 2001; DESLANDES, 2006, entre outros) não focam nesta dicotomia (técnica/humanização do atendimento), vendo a técnica como um instrumento que não necessariamente têm um efeito negativo na relação profissional da saúde/paciente. A definição do que é técnica, inclusive, é bem mais complexa.

Buscam, na verdade, debater academicamente e ampliar o conhecimento à luz das experiências de integralidade em saúde. (PINHEIRO; MATTOS, 2005).

Ayres (2007) e Boff (1999), entre outros, discutem o cuidado, a partir da abordagem filosófica de Heidegger, como categoria ontológico-existencial. Nas palavras de Ayres (2007, p. 57):

Designação de uma atenção à saúde imediatamente interessada no sentido existencial da experiência do adoecimento, físico ou mental, e, por conseguinte, também das práticas de promoção, proteção ou recuperação da saúde.

O autor trabalha com o que denomina “projeto de felicidade”, que seria o permanente e dinâmico processo de decisões e escolhas que, a cada momento, será “uma entre outras expressões possíveis da realidade, mas há uma verdade ali que, naquele momento, reclama reconhecimento, compartilhamento e ação.” (AYRES, 2007, p. 57). Ou, em outras palavras, cada indivíduo está, permanentemente, processando e fazendo escolhas que resultam da negociação interna entre diferentes dimensões da vida prática, onde a resultante é vista como prioritária no momento em questão. É um processo dinâmico e dialético. Na discussão proposta por Ayres, o atendimento humanizado, norteado pela ética do cuidado, seria pautado por uma escuta atenta de todas as dimensões do ser. Na dialógica do cuidado, quem é assistido deve ser reconhecido como um *ser-no-mundo*, onde as questões de saúde estão em relação com seus projetos de vida e de felicidade (AYRES, 2009). Nesta perspectiva, o cuidado não se restringe a uma prática concreta e imediata, mas sim abarca uma prática norteada pela apreensão da subjetividade presente na relação e na valoração da mesma. O cuidado não se manifesta unicamente na prática curativa, mas na incorporação da subjetividade do paciente como um elemento que deve ser considerado no exercício do cuidado e da cura.

No entanto, apesar do amplo debate e expressiva produção acadêmica, trata-se de uma discussão de base filosófica que ainda luta por um espaço efetivamente significativo no cotidiano da prática médica, no serviço público de saúde. Pergunto-me, também, o quanto a ética do cuidado consegue, de fato, alterar a relação desigual e vertical na relação ‘profissional de saúde-usuário’. Neste contexto, o conhecimento e a autoridade estão postos hierarquicamente: sempre um cuida e o outro é cuidado, e quem cuida tem o poder, pelo menos na instituição, de ter a palavra final sobre o que é o melhor a ser feito.

Alguns autores – Bonet e Tavares (2007), entre outros – abordam a discussão do cuidado numa perspectiva antropológica que, em alguns aspectos, se aproxima da leitura (mais filosófica) de Ayres. Estes autores dialogam com Latour e com Csordas,

e pensam o cuidado na perspectiva da teoria da prática e da experiência corporal. Ao recuperar a dimensão da experiência envolvida nos processos de cuidado – e na sua singularidade – os autores possibilitam leituras mais abrangentes da realidade.

Retomando a discussão entre técnica e cuidado, os autores mostram que a técnica não está presente apenas na atuação médica, mas numa rede muito mais ampla que abarca as mais diversas dimensões simbólicas, sejam performances religiosas, sejam redes de apoio ou outros rituais (BONET; TAVARES, 2007). Nesta perspectiva, a prática do cuidado envolveria, sempre, uma dimensão “entre” (CECCIM, 2004). O “entre” seria o espaço de fronteira entre os saberes, onde certo esfumaçamento das convicções disciplinares abriria possibilidade para a ação criativa. Para Bonet e Tavares (2007), esta perspectiva quebraria a relação de poder em que um saber se sobrepõe a outro – nesta abordagem, o encontro terapêutico seria esse espaço “entre” e potencialmente transformador.

A discussão esboçada acima é muito relevante, pois, nesse caso, o cuidado se daria num espaço de negociação de saberes, de criatividade, e totalmente condicionado ao contexto. Mesmo sabendo que nos espaços formalmente institucionalizados a negociação é mais difícil, dada a predominância do saber biomédico, abre-se a possibilidade do corpo ser percebido como *locus* do tratamento, mas também como expressão do prazer (BONETE; TAVARES, 2007).

Os trabalhos que discutem o cuidado a partir da perspectiva da dádiva (LACERDA, VICENTVALLA, 2013; MARTINS, 2003; LUZ, 1997) veem os sistemas considerados alternativos de cura, como a medicina homeopática, em que o paciente é visto de forma global e a escuta é valorizada, como um sistema coletivo de dar, receber, retribuir onde todos são igualmente importantes e que possibilita a visão mais igualitária dos saberes. Esta lógica também aparece nos trabalhos que discutem grupos de apoio.

A prática da enfermagem, por sua vez, é normalmente vista como a incorporação do exercício do cuidado. Academicamente, existe uma problematização desta naturalização do cuidado, que tanto pode ser um ato solidário ou uma forma de dominação.

A politicidade do cuidado pode ser entendida como manejo político e reconstrutivo da relação dialética estabelecida entre ajuda e poder para a construção de autonomias de sujeitos, sejam estes gestores, técnicos, profissionais de saúde, usuários dos serviços de saúde, família, comunidade, enfim cidadãos (PIRES, 2005, p. 1026).

Pires defende um enfoque político, mas com um potencial transformador. A autora propõe uma abordagem que vá além da relação de dominação, chamando atenção para o perigo de se “priorizar a tutela em detrimento da autonomia dos

sujeitos, inserindo-se na lógica de abstração do trabalho em favor do capital” (PIRES, 2005, p. 1031). Na sua visão, o excesso de técnica pode ser um elemento dificultador para a construção de relações mais humanizadas, e se apoia em Ayres para afirmar que “Cuidar da saúde das pessoas, afinal, é mais que construir um objeto e intervir tecnicamente sobre ele, é interagir, encontrar, alimentar a alma, considerar, reconstruir-se, querer construir projetos” (AYRES, 2001 apud PIRES, 2005, p. 1032).

Como podemos ver, há uma ampla discussão, no campo da saúde, sobre o cuidado e sobre sua dimensão técnica, relacional, social e política. O cuidado, por sua vez, também é um tema caro nas discussões e nas produções sobre a divisão sexual do trabalho. Não são poucos os textos de abordagem feminista que apontam a naturalização da feminilização do cuidado e a conseqüente acentuação das desigualdades de gênero, como veremos a seguir.

### **O cuidado e a divisão sexual do trabalho**

O cuidado é visto como próprio da mulher, seja no âmbito da vida privada – os estudos mostram que é a mulher, predominantemente, a responsável pelo cuidado das crianças e dos idosos no espaço doméstico –, seja naquele da vida pública, realidade bastante evidenciada quando vemos a diferença numérica entre profissionais homens e mulheres em determinadas funções, como enfermagem, babá, empregada doméstica, entre outras.

Nesta mesma linha de raciocínio, Izquierdo (2004) destaca o caráter subjetivo e relacional do cuidar, que termina por levar o cuidador a depender do reconhecimento daquele que é cuidado, como um elemento identitário. Neste caso, o cuidar passa a ser intrinsecamente necessário ao cuidador.

Na última década, as discussões sobre cuidado têm sido retomadas com bastante força a partir da nova realidade demográfica. A população está vivendo mais e, muitas vezes, vivendo de forma dependente, precisando de cuidados especiais, inclusive para dar conta das Atividades da Vida Diária (AVD). Algumas produções visam subsidiar políticas públicas voltadas para o cuidado (CAMARANO, 2010), que até agora tem sido suprido principalmente pela família, mais especificamente pelas mulheres do núcleo familiar, sejam as filhas, sejam as esposas, reproduzindo, novamente, a naturalização das desigualdades de gênero.

Estas duas situações nos levam para diferentes realidades que estão associadas a distintos campos de conhecimento: ao do cuidado biomédico e ao do cuidado no âmbito da família. São discussões que divergem em muitos aspectos, principalmente no que diz respeito às relações de gênero, mas convergem em pelo menos um ponto: em ambas fica claramente evidenciado quem é o cuidador e quem é o cuidado.

Podemos dizer tratar-se de uma relação vertical, unidirecional e de poder. Muitos são os trabalhos que discutem o cuidado e seu atrelamento às relações de gênero (BATTHYÁNY; SCURO, 2010).

Vale adiantar que as entrevistas realizadas revelaram uma visão polissêmica e dinâmica do cuidado, onde a assimetria alternava de posição, dependendo do contexto. O cuidado não apareceu fixo tampouco fixado num único sentido, mas dinâmico, múltiplo e contextualizado. Poderíamos esperar que ‘o cuidado’ fosse o soropositivo da díade e ‘o cuidador’, o soro negativo. Esta realidade se apresentou na fala dos entrevistados, mas também apareceram outras, e foi o que chamou mais atenção. Enfim, os entrevistados trouxeram relatos que me fizeram pensar...

Entretanto, antes de entrar na discussão sobre o material de campo, retomo o que foi colocado, de forma muito sucinta, na introdução do trabalho. Os dados em questão fazem parte de uma pesquisa mais ampla, com várias entradas metodológicas. Neste artigo, concentro-me apenas no material resultante das entrevistas. Foram entrevistadas 21 pessoas, as quais foram contatadas de diferentes formas. Uma minoria foi localizada no serviço de saúde de referência, tendo sido a maior parte acessada através do movimento LGBT, de casas de apoio e de ONGs que se dedicam à população soropositiva. Esta diversidade de lugares de acesso possibilitou que o perfil dos entrevistados fosse bastante diverso. Na amostra, temos desde pessoas com condições socioeconômicas bastante precárias até advogados e professores. Alguns são ativos no movimento e inclusive figuras públicas na luta pelos direitos LGBT local, outros vivem totalmente afastados dos movimentos sociais. A faixa etária atingida também foi bastante ampla: os entrevistados eram jovens de vinte poucos anos, bem como pessoas na faixa dos cinquenta. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas, gravadas e em condições de privacidade. Em apenas um caso, por questões logísticas, a entrevista foi coletiva, incluindo duas pesquisadoras e o casal. Só foi possível entrevistar um casal feminino, questão que mereceu algumas reflexões analíticas no relatório geral da pesquisa, mas que não serão discutidas aqui, uma que não é este o foco do artigo. Por tratar-se de um universo restrito e de fácil identificação, optei por não esmiuçar o perfil dos participantes da amostra.

### **A polissemia do cuidado: as narrativas**

Glória<sup>4</sup> (HIV-, 30 anos), companheira de Roberta (HIV+, 37 anos), demonstrou ser pouco orientada pelo serviço de saúde quanto às formas de

---

<sup>4</sup> Todos os nomes citados no trabalho são fictícios. Também optamos por não elaborar um perfil dos entrevistados para não corrermos o risco de expô-los.

prevenção cabíveis em relações homoeróticas femininas. Ela afirma que o casal não se protege, estando cientes dos riscos; mas quando procurei saber quais as práticas que trariam maior risco e se ela e sua companheira tomam algum cuidado neste sentido, ela apenas coloca que entre mulheres a transmissão é menor. Quando pergunto sobre sua relação com o sistema de saúde, Glória diz que acompanha Roberta nas consultas e que os médicos dizem para ela “*cuidar direitinho*” de sua parceira, mas não relata nenhum tipo de orientação específica nem para ela nem para a companheira. Num dado momento da entrevista, quando fala sobre a rotina do casal, ela diz: “*Eu cuido dela e ela cuida de mim*”.

Podemos perceber que, pelo menos neste caso, para o serviço de saúde, a AIDS ainda é vista como algo relativo ao indivíduo. A conjugalidade homoafetiva não entra como um aspecto relevante na dinâmica do tratamento, apesar de sabermos que um relacionamento afetivo, neste contexto, envolve tanto questões práticas de orientação como questões subjetivas, relativas ao que Ayres chamou de projeto de felicidade.

A distância do serviço de saúde do parceiro soronegativo também foi percebida no relato de Antônio (HIV-, 52 anos). Ele afirma nunca ter sido chamado para conversar e somente quando fez o teste rápido, há alguns anos, é que teve uma breve conversa com a técnica.

Nos casos relatados, podemos observar que a ética do cuidado não está sendo exercitada nos serviços de saúde, pois, considerando que estamos falando de uma doença sexualmente transmitida, estamos falando não só de relações sexuais, mas também de relações amorosas, de intimidade, de compromisso, de prazer. Tais dimensões da vida certamente estão incluídas nos projetos de vida dos assistidos e terminam por interferir na adesão ao tratamento e no compromisso assumido com o serviço de saúde.

No entanto, os relatos dos entrevistados, soropositivos ou soronegativos, também deixaram claro que existe uma dimensão do cuidado presente na vida íntima e privada do casal. Esta dimensão ficou mais evidente nas relações que envolvem co-residência, embora não exclusivamente. Os casais que não compartilham o espaço de moradia, mas assumem uma parceria amorosa, também relatam situações onde o cuidado, em seu sentido polissêmico, se fez presente, seja no cotidiano, através de questões práticas, seja em momentos em que o que estava em jogo era a cumplicidade do casal, ou até mesmo quando o assunto era a manutenção econômica de um dos integrantes da díade. Em todos estes momentos o pano de fundo era a preocupação com o bem-estar do outro ou da outra.

A relação com as famílias de origem foi, muitas vezes, o fator desencadeante destas conversas sobre cuidado. A quase totalidade das entrevistas evidenciou que

existe um cuidado especial no sentido de preservar a imagem do companheiro ou companheira em relação à sua família de origem, principalmente entre os soronegativos. Por outro lado, entre os soropositivos a preocupação se revelava em questões relativas à herança.

Durante uma conversa coletiva, da qual participaram duas pesquisadoras e os dois integrantes de um casal sorodiscordante, a dinâmica familiar apareceu em diferentes perspectivas. Por um lado, “os parentes” (irmãos, cunhadas, sobrinhos) são citados como desencadeadores de conflitos, principalmente quando o assunto diz respeito aos bens adquiridos na relação. Antonio (HIV-, 52 anos) conta que a família de Pablo (HIV+, 59 anos) passou a hostilizá-lo quando descobriu que ele seria o único herdeiro do apartamento onde moram. Afirma que a família do companheiro é interesseira e só está de olho nos seus bens. Para além dos problemas familiares, é possível perceber na atitude de Pablo uma nítida preocupação com seu parceiro. Apesar de não ter sido claramente verbalizado, ele pensa no futuro de Antonio, caso venha a falecer. Muito provavelmente este temor está atrelado a sua condição de soropositividade, mesmo que no momento esteja assintomático.

Por outro lado, a boa relação de Pablo com os parentes de Antonio é explicada pelo cuidado que Pablo tem com seu companheiro, principalmente no que diz respeito à transmissão do vírus. Este tipo de cuidado fica claro em outros momentos da conversa. Pablo afirma (e Antonio confirma) que se recusa a transar sem camisinha e a ter práticas sexuais que possam colocar o parceiro em risco, como, por exemplo, fazer sexo oral. Aqui vale uma reflexão sobre a dimensão de cuidado que está em questão.

Na discussão sobre cuidado no âmbito da família, parte-se da premissa que serão os integrantes mais frágeis do núcleo doméstico, a criança, o idoso, ou o portador de necessidades especiais, que receberão o cuidado, geralmente praticado pela mãe ou pela filha. No caso do casal entrevistado, o cuidado aparece dirigido tanto para aquele que é soropositivo, e supostamente requer maior atenção em termos de saúde, como para aquele que é sadio, mas corre o ‘risco’ de adoecer. No entanto vai além. Considerando que se trata de uma doença estigmatizada socialmente, o cuidado adentra na arena moral no instante em que visa proteger seu par da exposição e discriminação pública. Esta questão voltou a aparecer em outras entrevistas, como fica evidenciado no relato abaixo:

*Ele me protege e protege ele também, porque ele podia mudar o prontuário dele pra cá, mas é ele que não quer, já pra a gente ter que ir lá, aí eu vou com ele entro no hospital. Talvez se fosse aqui, será que eu teria a mesma atitude? Porque lá eu não conheço ninguém, é outro Estado; mas quando eu vir fazer o exame aqui, aí tem um amigo meu que trabalha com*

*isso e não sabe que Niko é soropositivo. Um dos motivos que Niko não quer se tratar aqui, ele prefere se reservar e reservar a mim* (Eron, HIV-, 41 anos).

Nesta mesma entrevista, Eron também demonstra preocupação com o futuro do parceiro:

**Pesquisadora:** *Vocês casaram oficialmente?*

**Eron:** *Não, a gente tá pra fazer um contrato. A gente já contratou um advogado, contratou não, falou, porque ele é nosso amigo, porque a gente tá construindo patrimônio, casa, carro, moto. Aí, eu morro amanhã ou ele, aí vem a família e toma, e vou ser sincero, eu só confio na minha irmã, que não vai querer nada de mim, mas meus irmãos eu não confio não, eles vêm e pegam mesmo, confio não, de jeito nenhum.* (Eron, HIV-, 41 anos).

O cuidado associado à manutenção econômica apareceu, predominantemente, nas relações mais duradouras, entre os casais que viviam juntos e compartilhavam contas e bens. Nestes casos, a preocupação, em geral, vinha do parceiro que dispunha de condições financeiras mais estáveis, independentemente da sorologia. Este dado nos permitiu traçar uma relação entre a realidade da pesquisa e a atual mobilização dos movimentos sociais pela legalização do casamento entre pessoas do mesmo sexo (VALE DE ALMEIDA, 2007). O dado que ganha relevância, neste momento, é a homossexualidade e não a sorodiscordância, fato que nos permite, mais uma vez, pensar no dinamismo das relações e na permanente negociação sobre o que é prioritário em dado momento.

O cuidado em não expor a soropositividade da parceira também apareceu na fala de Glória. A homossexualidade é assumida publicamente sem problemas, mas a soropositividade é um segredo guardado a sete chaves. Quando pergunto o motivo de ela não querer que sua família de origem (mãe, pai, irmãos) saiba que sua companheira vive com HIV, ela diz que é porque eles passariam a hostilizá-la e não aceitariam mais sua relação. Afirma que sabe o que está fazendo e que pretende permanecer com esta companheira pelo resto de sua vida.

**Pesquisadora:** *Quem sabe?*

**Glória:** *Assim, de lá só nós três mesmo (ela, a parceira e a filha da parceira, que é adolescente). Porque a minha família não sabe e a família dela sabe. Todos da família dela sabem, mas a minha família não sabe. Aí isso a gente... é... a gente fica prevenindo muito isso, sabe.*

**Pesquisadora:** *sei...*

**Glória:** *Da parte dela e da minha parte também. Porque eu não quero jamais que a minha*

*família saiba que ela é positiva. Porque vai vir pra cima de mim aquele monte de gente me criticando, falando isso, falando aquilo, não sei o que... eu não quero que isso aconteça, entendeu. Deus o livre quando isso acontecer, eu não vou deixar ela. Eu vou ficar com ela. Porque fui eu que escolhi. Eu que escolhi ficar com ela, né. Ai só eu e ela mesmo. Se vier... porque assim, quando sabem de alguma, vai vir aquele monte de gente em cima de você, né, pra lhe criticar, pra dizer que você fez isso e aquilo. “Não, isso tá errado. Você sabe o risco que você tá correndo?” Não sei o que... Não sou eu que tô vivendo? Não sou eu que tô convivendo com a pessoa? Eu não sei, então? Não é meu, o problema não é meu então? Não quero que ninguém se intrometa (Glória, HIV-, 30 anos).*

No relato acima, o cuidado com um possível julgamento moral do outro se sobrepõe ao cuidado com a saúde. Podemos pensar que isto se deva ao estigma que a AIDS ainda carrega. Muito provavelmente, se estivéssemos falando de outra doença, não tão estigmatizada e que despertasse no outro o sentimento de solidariedade e não de repulsa e medo, a família seria convocada a participar do cuidado em lugar de ser excluída, inclusive do conhecimento. O que se revela mais importante e mais fundamental para o projeto de vida comum é manter o segredo, e esta cumplicidade, neste caso, se apresenta como uma demonstração de amor.

Inácio é soronegativo e também aborda a questão do cuidado de diferentes perspectivas. Ele diz:

*Mas acho que existe diferença também na preocupação do cuidado, né? Eu acho que existe uma diferença na preocupação de você, a questão do sexo oral, que às vezes eu faço sem preservativo, às vezes eu faço com. [...] A pessoa soropositiva se preocupa muito, acho que até mais do que eu, na verdade. Então se preocupa muito se vai contaminar o parceiro, se vai me contaminar ou não, entendeu? A questão dos usos dos objetos cortantes, que é a gilete, isso tem que separar sempre, tesoura. Então a gente fica muito nessa questão dos objetos mesmo, que é uma preocupação que você não tem com outros, né? Principalmente a questão do barbear, essas coisas, cada um tem seu barbeador, tomar alguns cuidados. Mesmo sabendo que o vírus fica pouco tempo fora do organismo vivo, tem essa preocupação. E, acho que a única preocupação é mais em relação ao sexo oral, entendeu? (Inácio, HIV-, 43 anos).*

Os relatos indicaram que os nossos interlocutores tinham conhecimento sobre os fatores de risco, mesmo que em graus diferentes.

### Algumas considerações

Pudemos perceber a existência de várias dimensões de cuidado que vão sendo acionadas na medida em que a práxis exige, e é esta dinâmica que atribui sentido à relação. O cuidar recíproco, a cumplicidade, o segredo comum, são elementos que dão a parceria o *status* de *família*, diferenciando-a de outras relações e tornando-a única e especial.

Retomando, o cuidado apareceu quando o soro positivo fazia questão de fazer uso do preservativo, mesmo quando seu companheiro não impunha esta condição, ou quando escolhia se tratar em outra cidade para não expor seu parceiro, ou ainda quando o casal fazia um pacto e mantinha segredo sobre a soropositividade do/da companheiro/a para a família extensa e demais grupos de sociabilidade. Enfim, conforme foi exposto ao longo do texto, “o cuidado” se concretizava em práticas ou em posturas que visavam à proteção e o bem-estar do parceiro e a manutenção da relação.

Por outro lado, em todas as histórias o sistema de saúde aparece como algo secundário. A medicação e o acompanhamento são vistos como importantes e necessários, mas o conhecimento técnico sobre a doença e o apoio emocional é, segundo os relatos, adquirido a partir de diferentes fontes e, assim, o profissional de saúde não é considerado o único detentor do saber. Este é um dado que faz parte da história da doença (CAMARGO JR., 1994) e que ganha relevância quando vinculamos conjugalidade, relações homoafetivas e sorodiscordância.

O profissional de saúde, pelo menos nas histórias narradas pelos entrevistados, não vê o parceiro como um elemento fundamental neste cuidado. O parceiro é aquele que vai ajudá-lo a cuidar do “doente”, mas a relação não é percebida como algo inerente ao acompanhamento. É preciso ter em mente, nesse sentido, que a AIDS desafia o enfoque epidemiológico tradicional das doenças infecciosas, exigindo abordagens interdisciplinares e conferindo legitimidade aos estudos sobre sexualidade e às interpretações sócio-antropológicas do fenômeno.

O paciente, por sua vez, como pontuado por Ayres, constrói seu projeto de felicidade que vai sendo permanentemente atualizado, contextualizado, negociado. O que algumas falas nos mostraram é que, dependendo do momento e da experiência da doença, o cuidado com a relação e com o desejo se sobrepõe ao compromisso com o profissional de saúde. Neste aspecto, a discussão trazida por Bonet e Tavares (2007) pode nos auxiliar na análise dos dados. Os interlocutores mostram, ao longo das entrevistas, que o serviço de saúde não é o único espaço de saber e de cuidado, e que outras experiências – amorosas, afetivas e em grupos de apoio e ONGs – pesam na hora de tomarem decisões, deixando clara a existência de um espaço de negociação

entre saberes, mesmo que não reconhecido abertamente. Um diálogo mais amplo entre diferentes disciplinas poderia contribuir para o surgimento de soluções criativas e transformadoras, que levassem em conta as diferentes dimensões de vida das *peessoas vivendo*.

Outro elemento fundamental nesta discussão é o fato de os soropositivos entrevistados ‘estarem saudáveis’. Tomam medicação, mas não apresentam nenhuma limitação e nenhum sintoma. Este fato, aliado ao ganho de benefício do Estado (em alguns casos), parece ser, se não determinante, ao menos bastante importante neste lugar secundário que o serviço de saúde assume em alguns discursos. Como ficou claro nas falas, as prioridades são outras, como patrimônio, não sofrer preconceito, reconstruir a vida e constituir uma família.

Considerando que a AIDS passou a ser olhada como uma doença crônica, as *peessoas vivendo* reconstróem seus projetos de vida neles incluindo a sexualidade, a conjugalidade e também o direito ao sigilo, diferente da maioria das doenças crônicas. Além disso, os soropositivos, no momento atual, guardam algumas especificidades. Se, por um lado, alguns deles ganham o benefício, justamente por sua condição de soropositividade, por outro, a doença não pode ser publicizada, o que requer do casal estratégias cotidianas para justificar a aposentadoria e esconder o uso de medicação. Entretanto, esta mesma questão faz a soropositividade, na fala do parceiro negativo, ser algo aceito com certa tranquilidade, afinal, o que ele vê é uma pessoa que tem uma fonte de renda, toma medicação, mas ‘*leva uma vida normal*’. Não fosse a medicação diária a lembrar de que algo não está bem, poderiam esquecer que o vírus está ali, literalmente, entre eles. Esta é outra questão: a sexualidade. Todos, soropositivos e soronegativos, sabem que o HIV é um vírus que pode ser transmitido através de relações sexuais. Todos também sabem que a forma mais acessível e conhecida de evitar a transmissão é o uso da camisinha. No entanto, também sabemos que a camisinha enfrenta resistência de hetero e homossexuais e a explicação é geralmente associada à limitação do prazer. Como o sistema de saúde lida com estas questões? Considerando que, dentro de uma lógica do cuidado, o usuário deve ser visto em sua totalidade, em sua integralidade, na realidade em questão as práticas sexuais deveriam estar sempre em perspectiva, sempre presentes.

Fica a questão: será que a realidade da pesquisa não pode nos ajudar a repensar o cuidado e o autocuidado para além de uma relação de dominação ou desigualdade de gênero? Convicta que estas dimensões existem e precisam ser olhadas e analisadas (e até mesmo apontadas e combatidas), penso que a categoria cuidado pode ser mais problematizada e pensada para além destas duas interfaces, e a realidade da pesquisa mostrou-se extremamente fértil neste sentido. Ao iluminarmos a conjugalidade em casais homossexuais sorodiscordantes trouxemos à tona um contexto que ao mesmo tempo provoca o espaço biomédico

institucionalizado e desestabiliza o desenho de família tradicional. Provoca o serviço de saúde pois explicita as dimensões do prazer e da homossexualidade que, normalmente, não são seriamente consideradas. Desorganiza, em alguma medida, o desenho conjugal, pois, além de serem relações homossexuais, são também sorodiscordantes. São relações entre pessoas do mesmo sexo, mas que convivem, no cotidiano, com uma 'diferença'; diferença esta que impõe uma permanente negociação, seja em decisões pertinentes à dimensão prática da vida, seja em decisões que envolvam a subjetividade e a ordem moral.

Consciente de que nos defrontamos com reflexões que precisam ser aprofundadas, e inspirando-me em um dos nossos mestres, Lévi-Strauss, concluo dizendo que nos encontramos diante de uma realidade boa para pensar...

### Referências

- AYRES, José Ricardo C. M.. 2007. Uma concepção hermenêutica de saúde. **PHYSIS - Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 43-62, 2007.
- \_\_\_\_\_. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 3, p. 16-29, 2004.
- BATTHYÁNY, Karina.; SCURO, Lucía. Uso del tiempo, cuidados y bienestar: Desafíos de Uruguay y a región. **Revista de Ciencias Sociales**, Departamento de Sociología, año XXIII, n. 27, p. 7-9, diciembre 2010.
- BOFF, Leonardo. **Saber Cuidar: ética do humano - compaixão pela Terra**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.
- BURY, Michael. Chronic Illness as Biographical Disruption. **Sociology of Health and Illness**, v. 3, p. 167-182, 1982.
- CAMARANO, Ana Amélia (org.). **Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido**. Rio de Janeiro: IPEA, 2010.
- CAMARGO JR., Kenneth Rochel de. **As ciências da AIDS e a AIDS das ciências**. O discurso médico e a construção da AIDS. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.
- CECCIM, Ricardo Burg. Equipe de saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2004. p. 259-278.
- DESLANDES, Suely Ferreira. **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.
- IZQUIERDO, María Jesús. Del sexismo y La mercantilización del cuidado a su socialización: Hacia una política democrática del cuidado. In: CONGRESO INTERNACIONAL SARE 2003. **Anais...** Araba, Spain: Emakunde/Instituto Vasco de la Mujer, 2004.
- FRANCH, Mónica; PERRUSI, A. Sangue do meu sangue. Contrastando as práticas do serviço de saúde e as lógicas conjugais em situações de sorodiscordância para HIV/AIDS. In: TAVARES, Fátima; BASSI,

- Francesca (org.). **Para além da eficácia simbólica**. Estudos em ritual, religião e saúde. Salvador: EDUFBA, 2013. p. 345-373.
- GROSSI, Miriam. Gênero e parentesco: famílias gays e lésbicas no Brasil. **Cadernos Pagu** [online], n. 21, p. 261-280, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cpa/n21/n21a11.pdf>>. Acesso em: 9 jun. 2015.
- GROSSI, Miriam; UZIEL, Anna Paula; MELLO, Luiz (org.). **Conjugualidades, parentalidades e identidades lésbicas, gays e travestis**. Rio de Janeiro: Garamond, 2007.
- LACERDA, Alda; VALLA, Victor Vicent. Um outro olhar sobre a construção social da demanda a partir da dádiva e das práticas de saúde. In: PINHEIRO, Roseni et al. (org.). **Construção Social da Demanda por Cuidado: revisitando o direito à saúde, o trabalho em equipe, os espaços públicos e a participação**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/CEPESC/LAPPIS/ABRASCO, 2013. p. 281-294.
- LEININGER, Madeleine M. **Care: the essence of nursing and health**. Thorofare, NJ: Charles B. Slack, 1984.
- LUZ, Madel T. Cultura Contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. **Physis - Revista de Saúde Coletiva**, v. 7, n. 1, p. 13-43, 1997.
- MAKSUD, Ivia et al. (org.). **Conjugualidade e AIDS: A questão da sorodiscordância e os serviços de saúde**. Rio de Janeiro, RJ: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS, 2002.
- MAKSUD, Ivia. Silêncios e Segredos: aspectos (não falados) da conjugualidade face à sorodiscordância para o HIV/AIDS. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, p. 1196-1204, 2012.
- MARTINS, Paulo Henrique. **Contra a desumanização da medicina: crítica sociológica das práticas médicas modernas**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.
- MERHY, Emerson Elias. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor Saúde. **Interface - comunicação, saúde e educação**, v. 4, n. 6, p. 109-116, 2000.
- MONTENEGRO, Maria Thereza Torres. **A educação moral como parte da formação para o cuidado na educação infantil**. 2001. Tese (Doutorado em Psicologia Social) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2001.
- PARKER, Richard (org.). **Construções da sexualidade: gênero, identidade e comportamento em tempos de AIDS**. Rio de Janeiro: Pallas: Programa em Gênero e Sexualidade IMS/EURJ e ABIA, 2002.
- PERRUSI, Artur; FRANCH, Mónica. Casais sorodiscordantes no Estado da Paraíba: reflexões a respeito da negociação de risco. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SOCIOLOGIA, XIV. Sociologia: Consensos e Controvérsias, rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: SBS - Sociedade Brasileira de Sociologia [CD Room]. 2009.
- PERRUSI, Artur; FRANCH, Mónica. Carne com carne: Gestão do risco e HIV/AIDS em casais sorodiscordantes do Estado da Paraíba. **Política & Trabalho** [online], ano XXIX, n. 37, p. 179-200, 2012. Disponível em: <<http://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/politicaetrabalho/article/view/14880>>. Acesso em: 9 jun. 2015
- PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e o cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/Abrasco, 2001. p. 65-112.
- PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de. **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. 3. ed. Hucitec/IMS/Uerj-Abrasco, 2005.

---

PIRES, Maria Raquel Gomes Maia. Politicidade do cuidado e processo de trabalho em saúde: conhecer para cuidar melhor, cuidar para confrontar, cuidar para emancipar. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 10, n. 4, p. 1025-1035, 2005.

SILVA, Angela Machado da; CAMARGO JUNIOR, Kenneth Rochel de. A invisibilidade da sorodiscordância na atenção às pessoas com HIV/AIDS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4865-4874, dec. 2011.

TORRALBA ROSELLÓ, Francesc Torralba. **Antropologia do Cuidar**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

VALE DE ALMEIDA, Miguel. O casamento entre pessoas do mesmo sexo. Sobre “gentes Remotas e Estranhas” numa “sociedade decente”. In GROSSI, Miriam Pillar; UZIEL, Anna Paula; MELLO, Luis (org.). **Conjugalidades, parentalidades e identidades lésbicas, gays e travestis**. Rio de Janeiro: Garamond, 2007.

Recebido em 12/03/2015

Aprovado em 26/05/2015