

ARTIGO



“Tô tranquila, estou com meus exames indetectáveis”: as relações afetivo-sexuais de mulheres jovens vivendo com HIV com carga viral indetectável

Leonara Maria Souza da Silva¹

> leonaramsds@gmail.com

ORCID: 0000-0002-5369-374X

Luís Augusto Vasconcelos da Silva¹

> gugavascon@gmail.com

ORCID: 0000-0003-0742-9902

¹Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, Brasil.

Resumo: Neste artigo, discutimos de que modo o discurso biomédico sobre carga viral indetectável (re)organiza as trajetórias afetivas e sexuais de mulheres jovens vivendo com HIV. Realizamos entrevistas semiestruturadas com cinco jovens vivendo com HIV/aids, com idade entre 18 e 30 anos, tanto pela internet, como em um serviço de saúde especializado (SAE) em Salvador-Ba, no período entre 2015 e 2017. As interações online aconteceram através do *Whatsapp* e *Facebook*. As jovens vivenciam a necessidade de negociar o prazer e a prevenção. Posicionam-se como sujeitos de “risco” e adotam a noção de carga viral indetectável como forma de sentirem-se seguras na prevenção. Os novos discursos biomédicos são incorporados em seus cotidianos, e os sentimentos de medo, rejeição e a “possibilidade” de “perigo” para o outro (soronegativo) contribuem para a reorganização de suas vidas e de seus relacionamentos.

Palavras-chave: hiv/aids; mulheres jovens; carga viral indetectável; relacionamentos; sexualidades.

“I’m calm, I have my undetectable exams”: the affective-sexual relationships of young women living with HIV with an undetectable viral load.

Abstract: In this article, we discuss how the biomedical discourse of undetectable viral load reorganises the affective and sexual trajectories of young women living with HIV. We conducted semi-structured interviews with five young women living with HIV/AIDS, aged between 18 and 30 yo, on the internet and at a specialized health service (SAE) in Salvador-Ba, between 2015 and 2017. The online interactions occurred through *Whatsapp* and *Facebook*. Young women experience the need to negotiate pleasure and prevention. They position herself as at “risk” subjects and adopt the notion of undetectable viral load as a way to feel safe in prevention. The new biomedical discourses are incorporated into their daily lives, and the fear, rejection and “possibility” of “danger” for another (seronegative) contributed to the reorganization of their lives and relationships.

Key-words: hiv/aids; young women; undetectable viral load; affective relationships; sexualities.

“Estoy tranquila, tengo mis exámenes de laboratorio indetectables”: las relaciones afectivo-sexuales de mujeres jóvenes viviendo con VIH con carga viral indetectable

Resumen: En este artículo, discutimos cómo el discurso biomédico sobre la carga viral indetectable (re)organiza las trayectorias afectivas y sexuales de las mujeres jóvenes que viven con el VIH. Realizamos entrevistas semiestructuradas con cinco jóvenes que viven con VIH/SIDA, con edades entre 18 y 30 años, tanto en línea como en un servicio especializado de salud (SAE) en Salvador-Ba, entre 2015 y 2017. Las interacciones en línea ocurrieron través de *Whatsapp* y *Facebook*. Las mujeres jóvenes experimentan la necesidad de negociar el placer y la prevención. Se posicionan como sujetos de “riesgo” y adoptan la noción de una carga viral indetectable como forma de sentirse seguras en la prevención. Los nuevos discursos biomédicos se incorporan a su cotidianidad, y los sentimientos de miedo, rechazo y “posibilidad” de “peligro” para el otro (seronegativo) contribuyen a la reorganización de sus vidas y relaciones.

Palabras clave: vih/sida; mujer joven; carga viral indetectable; relaciones; sexualidades.

“Tô tranquila, estou com meus exames indetectáveis”: as relações afetivo-sexuais de mulheres jovens vivendo com HIV com carga viral indetectável

Introdução

Apesar dos avanços biomédicos no campo do tratamento e prevenção e de certa “naturalização” do HIV/aids, como algo “habitual”, “geral” e “compreensível” (Squire, 2010), diversas repercussões psicossociais e dificuldades/tensões continuam a ocorrer na vida cotidiana de pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA). Em especial, do ponto de vista do gerenciamento do tratamento/cuidado, houve a mudança do status do HIV como uma condição crônica, mas, no cotidiano da vida, vivenciam-se o medo, a vergonha e a discriminação, principalmente por ainda persistir a associação do HIV/aids à ideia de sexualidades promíscuas (Squire, 2010) ou corpos perigosos (Cunha, 2012).

Assim sendo, mulheres jovens que vivem com HIV precisam reorganizar suas vidas, em especial seus envolvimento afetivo-sexuais, pois tal condição impacta no exercício de suas sexualidades e em seus relacionamentos amorosos. Especificamente, nas parcerias sorodiferentes¹, observa-se que a soropositividade é marcada por silêncios e segredos (Maskud, 2012), ruptura das relações (Félix, 2012; Gonçalves, Weber e Roso, 2013), medo da reação do outro, violências (Silva, 2017), discriminação, exclusão social (Flowers, 2010; Andrade e Iriart, 2015; Silva, 2017; Vilela e Barbosa, 2017) e esforços das jovens para proteger o parceiro (Oliveira, Negra e Nogueira-Martins, 2012; Silva, 2017).

Destaca-se que estas dificuldades persistem mesmo diante das evidências de que uma pessoa com HIV, em tratamento, e com carga viral indetectável², não transmite o vírus HIV em suas relações sexuais (Grinsztejn et al., 2014; Rodger et al., 2016, 2019; Cohen et al., 2016; Peebles et al., 2018). São dilemas éticos

¹ Relações nas quais apenas um parceiro ou parceira é soropositivo.

² Carga viral é a quantidade de vírus na corrente sanguínea, e quando está baixa a ponto de não ser detectada nos exames laboratoriais, considera-se “carga viral indetectável”. O Relatório de Monitoramento Clínico do HIV elaborado pelo Ministério da Saúde brasileiro, e publicado em 2021, aponta que, para supressão viral ou carga viral indetectável, o critério internacional é de 1.000 cópias/ml no exame de carga viral (CV). Entretanto, indica que no Brasil, para decisões clínicas, utiliza-se o nível de 50 cópias/ml.

que parecem existir para além das informações técnicas disponíveis (Davis, 2010). Neste cenário de medicalização e “normalização” do HIV (Flowers, 2010), que é o estabelecimento do HIV como parte habitual da saúde e dos vínculos sociais, as/os cidadãs/cidadãos soropositivas/soropositivos podem aceitar sua condição e acessar novos medicamentos que tornam as chances de transmissão do HIV desprezíveis. Processo este que implica afiliação à biomedicina em um empreendimento normalizador da sobrevivência e, possivelmente, da vida saudável, na medida em que uma série de normas de condutas e de comportamentos saudáveis passa a ser exigida para as PVHA (Squire, 2010).

Estas dificuldades continuam a ocorrer no momento atual em que há o incremento de novas tecnologias de prevenção, com ênfase na biomedicalização: processo complexo de medicalização proveniente de uma biomedicina extremamente tecnocientífica (Clarke, 2010), e que vai se reconfigurando através de práticas sociais emergentes a partir das inovações tecnológicas, que podem ser imprevisíveis e erráticas como os humanos (Mol, 2008).

No contexto atual do HIV, as respostas à epidemia, tanto no que se refere ao tratamento, como na prevenção, têm sido incentivadas por diferentes estratégias biomédicas (Maksud, Fernandes e Filgueiras, 2015; Heumann, 2018), tais como a profilaxia pós-exposição sexual³ (PEP), a profilaxia pré-exposição⁴ (PrEP) e o tratamento como prevenção (TCP). Esta última, incentiva o uso da terapia antirretroviral (TARV) para limitar a transmissão do vírus, diminuindo sua circulação (Monteiro et al. 2019) a partir da redução da carga viral, que torna “indetectável” o status sorológico de uma pessoa que vive com o vírus HIV.

Para Cohen, Gamble e McCauley (2012), a TCP apresenta notáveis benefícios para a prevenção. Entretanto, Parker (2015) aponta que ela é uma alternativa eleita por diversos países, inclusive o Brasil, como forma de enfrentamento aos orçamentos reduzidos e à ausência de políticas amplas de prevenção social. Assim, enquanto há um avanço na estratégia de “testar e tratar”, tem existido retrocesso na busca pela diminuição das vulnerabilidades, bem como na ausência de discussões sobre sexualidades e juventudes no âmbito dos direitos humanos. Por outro lado, tem se mostrado em curso certa valorização de um ambiente cultural de defesa da criminalização da transmissão do HIV (Seffner e Parker, 2016).

O discurso sobre a condição de indetectável como sinônimo de intransmissi-

³ É uma estratégia de prevenção, em que há utilização de antirretrovirais após situações de risco de infecção.

⁴ Consiste no uso de medicamentos antes das relações sexuais, com o objetivo de prevenir que, em um possível contato com o HIV, ocorra a infecção.

bilidade é endossado pelas políticas de enfrentamento ao HIV (UNAIDS, 2018). Mahoney et al (2015) apontam que, para casais sorodiferentes, a TCP aparece como estratégia importante para a redução do risco sexual, considerando o uso da TARV pelo (a) parceiro (a) e sua carga viral indetectável. Nesse sentido, Newman et al (2015) indicam que as PVHA a consideram uma importante ferramenta na redução das possíveis infecções e mesmo do medo de infectar parceiros. Além disso, Keogh (2017), ao explorar percepções de PVHA sobre a viabilidade da TCP, considera que ela auxilia na ausência de sintomas e aumento da expectativa de vida. Para as mulheres trabalhadoras do sexo, Diallo et al. (2020) apontaram que a TCP teve ampla aceitação e resultou na recuperação de contagem de CD4⁵, carga viral indetectável e baixo surgimento de resistência aos medicamentos.

Por outro lado, tensões e preocupações aparecem em torno dessa tecnologia de prevenção. Uma delas diz respeito aos possíveis efeitos colaterais reais ou previstos a longo prazo, especialmente o impacto da TARV no fígado, rins, ossos ou possíveis problemas neurológicos (Keogh, 2017). Outro aspecto a destacar é que PVHA sentem-se pressionadas a iniciar o tratamento sem que haja, necessariamente, preparação para o início do uso (Newman et al., 2015). De modo geral, como ressaltam Newman et al (2015), várias PVHA consideram que a mensagem do “tratar cedo” acarreta uma ideia do não uso da TARV como algo que as torna irresponsáveis. Para as pessoas que estão em relacionamento sorossemelhante⁶, ou não estão sexualmente ativas, o início do tratamento, como forma de prevenir a transmissão do HIV e não como um benefício pessoal, pode ser considerado desnecessário ou irrelevante (Newman et al., 2015).

Por sua vez, Barrow e Barrow (2015) consideram que fatores estruturais limitam as contribuições da TARV e a continuidade dos cuidados, ou seja, aspectos como estigma e discriminação, violência e desigualdade de gênero, pobreza, violação de direitos influenciam fortemente na testagem, aceitação e adesão ao tratamento. Especificamente para as mulheres, a dependência econômica e o medo da violência por parceiros são impeditivos para o acesso aos testes e ao tratamento, em função das relações de gênero, que influenciam a experiência de homens e mulheres.

Destaca-se que as jovens que vivem com HIV/aids (JVHA) têm diferentes experiências e envolvimento afetivo-sexuais e os nomeiam de modos diferentes ao longo da sua vida, com suas escolhas mediadas por diferentes aspectos, como classe social, gênero e biográficos (Heilborn, 2006; Heilborn, Cabral e Bozon, 2006).

⁵ Os linfócitos T-CD4 são células responsáveis pela defesa do organismo contra a aids.

⁶ Quando o/a parceiro/a tem a mesma sorologia positiva.

Em relação à sexualidade, é importante considerar a persistência de um discurso “preventivo” disseminado por parte das esferas públicas governamentais, focado no “descontrole” da sexualidade (“exacerbada”) de adolescentes e jovens, com a possibilidade de disseminação do vírus HIV por parte dos/das soropositivos/as, buscando-se construir uma “consciência” para o controle de si e, principalmente, cuidado com o outro (Cunha, 2012).

Portanto, ainda que haja esforços no campo da prevenção, a preocupação com o controle dos corpos ainda está presente em algumas situações, com um discurso pautado na biopolítica (Foucault, 2006), que busca construir sujeitos “sexualmente liberados”, mas que sejam “conscientes” e “responsáveis”, tornando-se exemplares, sujeitos “multiplicadores”, capazes de anunciar a prevenção e “demonstrá-la” a partir de um corpo “livre”; todavia controlado, de modo a traduzir nos discursos e gestos a prevenção em suas concepções mais capilares, normatizadoras e “edificantes” (Cunha, 2012).

Assim, neste artigo, propomos descrever como as mulheres jovens vivendo com HIV/aids (MJVHA) (re)organizam suas trajetórias afetivas e sexuais diante dos discursos biomédicos, e mais precisamente, da carga viral indetectável, considerando seus posicionamentos diante do HIV/aids e de seus parceiros/as. Finalmente, apesar dos avanços biomédicos, pretendemos destacar também os conflitos/tensões que persistem no cotidiano afetivo-sexual de MJVHA.

Percurso metodológico

Este artigo é fruto de uma pesquisa qualitativa, intitulada “Sociabilidades de jovens vivendo com HIV/AIDS: os novos discursos biomédicos e seu impacto nas relações afetivo-sexuais” que, de modo geral, buscou analisar o modo como os discursos biomédicos, por exemplo, “CD4” e “carga viral”, passam a serem usados por jovens vivendo com HIV/aids (JVHA), entre 18 e 30 anos, e como estes mesmos discursos e práticas repercutem em suas relações afetivo-sexuais. Serão focalizadas as narrativas produzidas por cinco (5) mulheres *cis*, nessa faixa de idade, as quais já tiveram algum tipo de relacionamento, estável ou ocasional, e que aceitaram participar voluntariamente da pesquisa.

É importante frisar que, embora desde 2013, com o Estatuto da Juventude (Brasil, 2013) – que dispõe sobre os direitos dos jovens que devem ser garantidos e promovidos pelo Estado brasileiro – o Brasil tenha definido que jovens são as pessoas entre 15 e 29 anos de idade, nota-se a dificuldade em demarcar/fixar a juventude brasileira por faixa etária. Há também dificuldade em atribuir-lhe um único sentido, uma vez que ela é multifacetada, formada por uma diversidade de

identidades e produzida cotidianamente a partir de diferentes fatores sócio-históricos, culturais e políticos da vida contemporânea.

Não há, assim, uma definição clara ou homogênea do que seja juventude/ “ser jovem”, já que esses conceitos são fundados por circunstâncias histórico-sociais e não por idade cronológica (Bucholtz, 2002). Nessa direção, Aquino (2009) considera falar de “juventudes”, pois é um grupo etário em que há experiências comuns, mas, também, há diversidade de necessidades. Com isso, ao fixar idades entre 18 e 30 anos, levamos em consideração aspectos éticos e de autonomia de pessoas maiores de 18 anos sobre o consentimento para a participação na pesquisa, bem como o limite de idade (30 anos) para a participação na rede nacional de jovens vivendo com HIV/aids (RNJVHA). Este estudo reconhece diferentes formas de vivenciar a juventude, atravessada por diferentes marcadores sociais, mas também incluindo aqueles marcadores biológicos que demarcam o campo das novas (bio) sociabilidades (Rabinow, 1999), como o é o status sorológico para HIV.

Para a realização da pesquisa, foram considerados diferentes contextos de produção de dados – *online e offline*, com o objetivo de ampliar as possibilidades de interação, mediante as dificuldades de encontros e a realização de entrevistas no próprio serviço de saúde, principalmente com mulheres. As dificuldades ocorriam por razões diversas, entre elas, a disponibilidade de tempo das interlocutoras ou mesmo certo sentimento de vergonha e desconforto para falar sobre o HIV. Nos serviços de saúde, no período de execução da pesquisa, a maioria das pessoas que se disponibilizavam para ser entrevistados/as foram homens que fazem sexo com homens (HSH). Nesse sentido, a maior parte das entrevistas semiestruturadas apresentadas aqui foi produzida através da internet, com apenas uma delas ocorrida em um serviço de saúde especializado em tratamento e prevenção ao HIV/aids (SAE) de Salvador.

No que tange ao contexto *online*, acompanhamos um grupo de *Facebook*, denominado aqui como “RM”, que é um espaço de acolhimento em que as pessoas fazem amizades, compartilham dúvidas, receios, experiências, conquistas e histórias, e que também possibilita troca de informações e/ou orientações entre pessoas que vivem e convivem com HIV. Trata-se de um grupo de status “secreto”, e a inserção no mesmo se dá apenas por convite. Para tal participação dos pesquisadores, houve autorização dos (as) moderadores (as) do referido grupo.

Além da participação no referido grupo, as conversas online com as cinco interlocutoras MJVHA ocorreram por meio de ferramentas de conversação, como o aplicativo *WhatsApp*, predominantemente usado em outras pesquisas para o estabelecimento da interação online com os/as jovens vivendo com HIV/aids (Silva, Duarte e Rios, 2017).

Durante o desenvolvimento da pesquisa, as interações e conversas online fo-

ram mediadas por uma pesquisadora também mulher *cis*. As primeiras interações online com as jovens começaram em dezembro de 2015 e se estenderam por um ano, até 2016. As conversas online com uma mesma interlocutora podiam ser interrompidas, retomadas ou estendidas ao longo desse tempo. No ano de 2017, mais uma entrevista com uma jovem foi realizada, dessa vez de forma presencial, em um SAE do município de Salvador.

Mais especificamente no que diz respeito ao contexto *offline*, foi realizada uma (1) entrevista semiestruturada com uma jovem que concordou em participar da pesquisa, após divulgação de material informativo na sala de espera da unidade de saúde. A entrevista foi realizada em uma sala privada cedida pelo próprio serviço após detalhamento do projeto e assinatura do termo de consentimento livre esclarecido (TCLE). Em ambas as configurações de entrevista semiestruturada (*online e offline*), utilizamos tópicos que giravam em torno de dados sociodemográficos, de relacionamentos afetivo-sexuais, além do cotidiano do viver com HIV, incluindo aspectos da revelação da sorologia para o outro, carga viral e tratamento.

Todas as cinco interlocutoras relataram viver com HIV, sendo três delas tendo adquirido por transmissão sexual e duas por transmissão vertical⁷. Apenas uma delas informou não estar em uso da TARV naquele momento. As que utilizavam antirretroviral estavam com carga viral indetectável. Três dessas participantes se autodeclararam negras e duas como mestiças. Quanto à escolaridade, três estavam cursando o ensino superior e três trabalhavam. As jovens residiam em diferentes regiões brasileiras, três no Nordeste e duas no Sudeste. Sobre a orientação sexual, quatro afirmaram ser heterossexuais e uma bissexual. Durante o período das conversas, três jovens estavam solteiras, uma delas estava namorando, e uma outra começou a conversa solteira e meses depois iniciou um relacionamento de namoro. Entre as cinco, uma é mãe.

A pesquisa foi pautada pela abordagem socioconstrucionista, com foco nas práticas discursivas em torno da produção de sentidos. Práticas discursivas são os modos pelos quais as pessoas, mediante a linguagem, produzem sentidos e se posicionam nas relações sociais do cotidiano (Spink, 2010; Spink; Medrado, 2013). Na reconstrução das narrativas, foi dada ênfase não somente aos padrões discursivos, mas também às particularidades discursivas, às “exceções” e “rupturas” das narrativas (Squire, 2014), assim como à não regularidade e à polissemia dessas práticas discursivas (Spink; Medrado, 2013) em torno do HIV. Ressaltamos que as histórias não são universais, valendo-se de aspectos simbólicos, que são sociais, culturais e

⁷ Quando acontece a transmissão do vírus do HIV para a criança através da gestação, do parto ou durante o período da amamentação.

históricos (Squire, 2014), e as que são apresentadas neste artigo exemplificam recortes de momentos das trajetórias afetivas e sexuais das nossas interlocutoras.

É importante frisar que as narrativas, ainda que sejam produzidas e situadas em histórias particulares, dialogam e se interconectam entre si, na medida em que atualizam ou trazem outras *vozes* de nossa história e cultura. Nesse sentido, entendemos as narrativas a partir de uma abordagem *socioculturalmente orientada*, ou seja, partindo do pressuposto de que narrativas “pessoais” e “culturais” estão interconectadas (Squire, 2013).

A reconstrução/análise das narrativas se deu a partir das seguintes etapas: as conversas foram “salvas” e os áudios transcritos; em seguida, foram realizadas leituras exploratórias das entrevistas e dos relatos produzidos; por fim, procedeu-se à categorização de todo o material. A maior parte da análise ocorreu com auxílio do programa *QSR NVivo*, software que auxilia na organização e análise de dados qualitativos.

O projeto foi submetido e aprovado com o parecer de número 1.684.862 pelo comitê de ética do Instituto de Saúde Coletiva (ISC/UFBA), respeitando os preceitos da resolução 466/12. No que se refere às participantes da pesquisa cuja interação ocorreu de modo online, todas tiveram acesso ao TCLE por e-mail ou pelo aplicativo de conversação, fornecendo seu consentimento através do envio de e-mail, autorizando a utilização das histórias ou relatos produzidos nas conversas (entrevistas). Por fim, de forma a respeitar o anonimato, todos os nomes das participantes que aparecem neste artigo são fictícios. Os relatos também foram reproduzidos na forma como apareceram originalmente, apenas com algumas correções a fim de torná-los mais inteligíveis.

Resultados e discussão

Viver com o HIV repercutiu na vida das mulheres jovens deste trabalho de diferentes modos. A partir dele, de maneira geral, elas passam por mudanças e dificuldades; e, por isso, precisam enfrentar as diversas repercussões na sua trajetória de relacionamentos amorosos e nas suas práticas sexuais.

Há transformações impulsionadas pelo HIV em diferentes momentos das suas relações afetivo-sexuais. Quando iniciam os relacionamentos, o vírus pode adquirir um novo sentido na vida de jovens com infecção por transmissão vertical, em que a infecção é percebida como de “responsabilidade” de um outro. A partir daquele momento, o HIV passa a ter implicações negativas nos envolvimento amorosos, na medida em que essa mulher pode ser posicionada como sujeito de risco. Há de se destacar, aqui, a centralidade que o vírus pode ter em relações so-

rodiferentes (Félix, 2012; Maksud, 2012; Gonçalves, Weber e Roso, 2013; Vilela e Barbosa, 2017; Lourenço, Amazonas e Lima, 2018) para além dos atributos ou qualidades das pessoas.

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

Outro aspecto que emergiu nas narrativas diz respeito à dificuldade em conhecer e se relacionar com homens heterossexuais soropositivos. Ao descreverem sobre isso, há um desejo de uma relação sorossemelhante, que é também apontado por outras mulheres que vivem com HIV/aids (MVHA) (Silva; Moura; Pereira, 2013). Assim, como destaca Tulipa, o medo de transmissão do vírus faz com que seja mais interessante se relacionar com um homem que não seja soronegativo para HIV. Já para Iris, “*não está [em jogo], mas de QQ [qualquer] forma pra ter um relacionamento sorodiferente o parceiro tem que ser bem desconstruído. Pq mt gente é beeeem preconceituosa*”.

Há por trás destas narrativas um desejo de relacionamentos nos quais elas não precisassem passar por dilemas, medos ou aflições por causa de uma condição de saúde. A partir do que elas descrevem sobre suas relações, este tipo de envolvimento (sorossemelhante) seria “*mais fácil*” porque ambos vivenciariam a experiência de ser soropositivo e, desse modo, haveria mútua aceitação do diagnóstico. Essa justificativa aparece também em outro trabalho com jovens HSH vivendo com HIV (Silva, Duarte e Lima, 2020). Além disso, as narrativas das jovens revelam que a condição sorológica passa a mediar as relações, ou seja, aspectos de saúde, doença e performances corporais passam a ser elementos de agrupamento, constituindo as novas biossociabilidades (Ortega, 2003, 2004, 2006).

Ademais, a sorologia positiva para o HIV pode provocar modificações nas modalidades das práticas sexuais, pois estas podem ser vias de transmissão do vírus, e isso gera diferentes implicações na sexualidade das interlocutoras deste trabalho. Ipê, por exemplo, apontou mudanças, como perda de libido, certa noção sobre o que é ser mais ou menos mulher quando se vive com o HIV, além de elementos que enxerga como limites para a possibilidade de ser amada por alguém.

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

Apesar de estarem indetectáveis, o medo de transmitir o vírus para o parceiro continua presente entre elas. É o caso de Ipê, que mostra, explicitamente, como isso afeta suas relações sexuais, fazendo-a se questionar enquanto uma pessoa “*normal*”, pois está impossibilitada de usufruir de uma prática sexual que, para ela, é prazerosa: o sexo oral. As alterações vividas por Ipê foram também observadas em trabalho com outras mulheres soropositivas (Coriolano, Figueiredo e Figueiredo, 2008). Nesse sentido, é importante destacar que a esfera sexual implica uma “satisfação subjetiva durante o exercício de experiências consigo e com seus pares” (Coriolano, Figueiredo e Figueiredo, 2008: 80); satisfação esta que foi alterada para estas jovens em função dos repertórios associados ao vírus.

No que diz respeito à prevenção, é importante chamar atenção para os novos discursos e práticas biomédicas, que passam a serem definidores de um novo momento para o envolvimento sexual após a descoberta da sorologia positiva. Este é o caso, por exemplo, quando se fala sobre “carga zerada” ou quando alguém se reconhece como “indetectável”, como condição ou oportunidade disparadora para o envolvimento ou reengajamento em relações afetivo-sexuais.

E aí eu fiz um teste, conheci uma pessoa três meses depois e a gente começou a sair [...] E graças a Deus a minha carga zerou. Segundo doutora [...] segundo não, o exame deu que eu tô [estou] indetectável. E aí tive outras oportunidades de conhecer outras pessoas [...] (Margarida, 28 anos, negra, heterossexual, transmissão sexual).

No caso de Rosa, ao descrever suas relações sexuais com sua ex-namorada, observamos que ela se utiliza de alguns novos discursos sobre prevenção ao HIV/aids, focadas na biomedicina, para gerenciar suas relações sexuais.

Ambas estávamos/estamos indetectáveis, logo Eh [é] uma proteção. Se uma das duas tivéssemos com carga [viral detectável] usaríamos a “sainha” [um lençol de látex para ser usado tanto no sexo oral como no tribadismo]. Ah tbm não usamos consolo (objetos) que houvessem penetração (neste caso recomendasse o uso, caso seja utilizado apenas um na relação e rolasse troca) (Rosa, 24 anos, negra, bissexual, transmissão vertical).

Rosa, em seu relacionamento atual com sua namorada soronegativa, continua

pensando a prevenção como resultado de sua carga viral indetectável como forma de proteger sua companheira, evitando a transmissão do vírus.

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

É preciso destacar que ainda há invisibilidade da mulher lésbica e bissexual nas políticas de saúde no Brasil (Carvalho et al., 2013; Batista e Zambenedetti, 2017; Andrade, 2017) e no discurso médico-ginecológico (Almeida, 2009). Especificamente no âmbito da prevenção às IST, Batista e Zambenedetti (2017) apontam que as políticas apresentam características biomédicas e prescritivas e que são pautadas na heteronormatividade, o que resulta em entendimento de que essas mulheres apresentam menor risco de infecção do que as heterossexuais. Uma análise que considera dimensões meramente epidemiológicas, desconsiderando outras necessidades e aspectos específicos de sua vida sexual.

Para Almeida (2009), o surgimento da aids colaborou para manter a invisibilidade dessas mulheres pela crença de que o “corpo lésbico” seria “infeenso” à infecção pelas práticas sexuais. Diante disso, mulheres homossexuais e lésbicas, ao acessarem os serviços de saúde, não recebem orientações que as auxiliem no exercício da sexualidade segura e autônoma (Carvalho et al., 2013), assim como não têm suas demandas abarcadas, o que acentua sua situação de vulnerabilidade (Batista e Zambenedetti, 2017). Sobre isso, Andrade (2017) destaca a lacuna entre a construção de políticas e sua efetivação nos serviços com o intuito de promover cuidado integral à saúde dessas mulheres.

Assim como Rosa, Tulipa, mesmo relatando uso de preservativos, também faz uso do conhecimento sobre a carga viral indetectável para diminuir seu mal-estar nas situações em que a camisinha “furo” durante as relações sexuais com seu parceiro, que não sabe sobre a sua sorologia. Assim como ocorre com HSH vivendo com HIV, a carga viral indetectável possibilita produzir maior conforto em relação à atividade sexual (Grace et al., 2015), ainda que o medo da transmissão continue persistindo nesse cenário de avanços biomédicos (Silva, Duarte e Lima, 2020).

Uso camisinha na hora da penetração, antes disso rola tudo normalmente. Aconteceu duas vezes na nossa relação da camisinha furar, a última vez foi meses passado. Mas tô tranquila, estou c [com] meus exames indetectáveis e sei q tb [também] não é assim como pensa [...] Num é assim tricotou [tricotou] pegou. Mas tudo é uma apreensão e medo (Tulipa, 30 anos, mestiça, heterossexual, transmissão sexual).

Nas narrativas produzidas, observa-se, também, que a “falha” pode ser atribuída a elas mesmas pela dificuldade de negociar o uso do preservativo com o parceiro. Esse discurso sobre a “falha” no uso do preservativo individualiza a responsabilidade pela prevenção, reproduzindo sentimento de culpa e de medo e, de certa forma, um posicionamento como sujeitos de risco, potenciais “desviantes” ou perigosos/as que podem ser “criminalizados/as” pela transmissão do HIV. Ao mesmo tempo em que não considera aspectos situacionais e espontâneos nas relações sexuais, preconizando, pelo contrário, a valorização de certa racionalidade, devendo as partes cumprirem um determinado protocolo, um *script* da prevenção.

Por saber que minha carga tá zerada, que eu não corro o risco de contaminar outra pessoa, acabou que houve relação sem camisinha. E aí eu fiquei desesperada. Mas como ela [médica] tinha me dito que eu não correria risco... O risco é pra mim, eu contrair outras doenças. Mas, sei lá o que foi que aconteceu, eu acabei cedendo. Era uma pessoa que a gente já fica desde o mês de julho. A gente faz tudo, mas foi a primeira vez que eu, tipo, “ah, não tinha [camisinha], bora fazer rapidinho”, entendeu? Só que a médica mandou eu me acalmar, que eu não me preocupasse com isso, não. Mas eu sei que isso eu não posso fazer porque volto lá atrás e ele [o primeiro namorado] está se relacionando com a mulher dele sem camisinha, ele sabendo do problema que ele tem, ele não se cuida, ele não se trata. E, assim, o que eu tô fazendo também não pode ser crime, o que eu fiz? Aí eu me julguei, assim, um pouco, mesmo sabendo da minha, dos meus exames tudo OK, não era pra mim ter feito e eu fiz. (Margarida, 28 anos, negra, heterossexual, transmissão sexual).

O discurso sobre a condição de indetectável para justificar práticas sexuais sem uso de preservativos também foi observado em outros trabalhos (Reis e Gir, 2009; Félix, 2012). Como já destacado, estas narrativas revelam como as novas tecnologias de prevenção do HIV podem repercutir positivamente nas relações sexuais de PVHA, na medida em que estar indetectável lhes promove certo alívio quanto à possibilidade de não transmissão do vírus, ainda que continuem a existir dilemas morais através do medo ou receio de transmissão.

Assim, eu fiquei feliz, né, de você não correr risco de passar pra uma outra pessoa porque quando eu recebi eu fiquei arrasada. Saber que está indetectável é isso de eu poder me relacionar com outras pessoas mesmo sabendo que eu tenho que usar o preservativo (Margarida, 28 anos, negra, heterossexual, transmissão sexual).

Finalmente, é importante destacar a inquietação de algumas jovens sobre sua responsabilidade na prevenção, que adquire um peso maior na medida em que são socialmente posicionadas como sujeitos de “risco”. Uma posição ambígua que gira em torno da “necessidade” de revelação e iminência de rejeição, conforme apontado nesse trabalho.

A gente fala de prevenção, mas n [não] da vida c [com] Aids [...] Isso prejudica nossa plenitude demais. Eu tenho ctza [certeza] q algumas pessoas me condenariam se soubessem q tenho aids e n [não] falei c[com] elas. Pessoas q já fiquei. Mesmo q eu tenha usado proteção, ainda assim o contato c [com] alguém c [com] aids eh um risco negativo. (Tulipa, 30 anos, mestiça, heterossexual, transmissão sexual).

As jovens mencionaram os termos “culpa” e “responsabilidade”, existindo um medo de infectar o/a parceiro/a, assim como já mencionado no trabalho de Félix (2012). Este sentimento é justificado através do discurso de cuidado consigo e com os outros.

Aí eu tomo meu medicamento, achei que não ia conseguir me relacionar com outras pessoas. Tem o fato de ter que usar camisinha, tanto se eu não usar me prejudica e eu posso prejudicar a outra pessoa também. [...] Sabendo que eu tenho mais responsabilidade, né, porque o que eu fiz agora, sexta-feira, não foi, eu sei que não foi. Eu sei que eu falhei, eu falei isso pra [para] médica, que foi irresponsabilidade da minha parte, mas eu sei que daqui pra frente eu vou ser bem certinha. (Margarida, 28 anos, negra, heterossexual, transmissão sexual).

Deste modo, os/as jovens aparecem como responsáveis em proteger o/a outro/a. Para Clarke et al. (2010), na biomedicalização, o gerenciamento das condições crônicas se torna responsabilidade moral do próprio indivíduo, por meio de acesso ao conhecimento e serviços apropriados, implicando autovigilância e prevenção. Todavia, é importante destacar que esta responsabilidade é atravessada por diversos elementos e contextos socioculturais, como as relações de gênero.

Nessas narrativas, está imbricada uma forte noção de corpos como fontes de “risco” ao outro, possivelmente uma herança do uso epidemiológico da noção de grupo de risco para HIV/aids e, posteriormente, da ênfase ao comportamento de

risco, como pauta de ações preventivas. Para estas jovens, tal como para PVHA do trabalho de Melo et al. (2016) e para os jovens do estudo de Galano et al. (2016), há uma responsabilização sobre a prevenção e a necessidade de cuidados redobrados. Ademais, há preocupação, por parte dos/as cuidadores/as, com o “perigo iminente” da sexualidade de adolescentes e jovens vivendo com HIV (Paiva et al., 2011) e de que seus “comportamentos sexuais de risco” sejam despertados (Bakeera-Kitaka et al., 2008).

A responsabilização por se cuidar e não transmitir o vírus HIV, ao atribuírem a si mesmas o sentido de “*risco*” para o outro, pode ser traduzido pela necessidade do “cuidado de si” ou “governo de si”, que organiza o modo como se comportar e viver através das práticas médicas ensinadas (Foucault, 2011). No âmbito do HIV/aids, o cuidado consigo é inseparável do cuidado com o outro, o que exige uma série de itens “prescritos”, como, por exemplo: usar preservativos em todas as relações sexuais. Uma dimensão moral do risco que hierarquiza sujeitos, organiza e normaliza as práticas. Nesse sentido, conforme argumenta Lupton (1999), o engajamento em práticas de risco pode ser visto como falta de habilidade para controlar o *self*.

As narrativas trazidas aqui revelam, também, como há, ainda, em discursos preventivos sobre HIV/aids, um esforço da biopolítica (Foucault, 2006) na tentativa de controle e regulação dos corpos, na sua forma atual de autogestão do risco, na medida em que os *corpos-com-HIV* continuam a ser vistos como “perigosos” para a disseminação do vírus (Cunha, 2012), mesmo com os avanços biotecnológicos.

considerações finais

Para as interlocutoras desse trabalho, em diferentes momentos das trajetórias parcialmente reconstruídas aqui, o HIV repercutiu consideravelmente em suas subjetividades e no modo como agem nas relações sociais amorosas, mas também na reorganização de suas práticas sexuais. Há de se destacar que o gênero pode diferenciar as experiências de soropositividade, não em razão de uma “essência” que é masculina ou feminina, mas em virtude dos arranjos culturais (e de poder) que operam em torno da sua construção (Maksud, 2007).

Destaca-se que a noção de risco, na modernidade tardia, encontra-se ligada à ideia de controle ou “colonização” do futuro (Giddens, 1997), ela sendo base preditiva e “legitimadora” das medidas de prevenção em saúde, com seu gerenciamento passando a ocorrer no âmbito privado e de responsabilidade do indivíduo (Castiel, 1996); e, muitas vezes, dirigindo ações descontextualizadas, culpabilizantes, limi-

tadas e de efetividade restrita. Nesta direção, no contexto do HIV/aids, o “risco” é um conceito útil, mas limita, já que pode afastar-se de elementos da realidade que são fundamentais na prevenção, como a intersubjetividade, interação, significação e dinamicidade (Ayres, 2002). Por isso, a necessidade de situar estes limites com a discussão sobre as vulnerabilidades, dando destaque a situações e contextos em que determinadas vidas parecem não importar (Seffner e Parker, 2016).

Finalmente, conforme discutido ao longo deste artigo, diferentes foram as repercussões do HIV nos relacionamentos amorosos e sexuais de mulheres jovens. Portanto, não podemos perder de vista discussões que levem em conta os aspectos estruturais, como as questões de gênero, que, por exemplo, dificultam o uso de algumas medidas preventivas ou mesmo a negociação de práticas e prazeres sexuais. Destacamos, ainda, a necessidade de estudos que possam compreender com maior ênfase os aspectos raciais e seus cruzamentos na vivência dos relacionamentos afetivo-sexuais de mulheres jovens soropositivas diante destes novos discursos de prevenção e tratamento. Entendemos que isso é importante, mas que não foi devidamente evidenciado neste estudo, em que o foco das análises ficou circunscrito às relações de gênero e geração.

Com este estudo, destacamos também a necessidade de maior divulgação/discussão sobre as novas tecnologias de prevenção e a possibilidade concreta de não transmissão do vírus HIV a partir da carga viral indetectável, ou seja, de que *in-detectável* = *intransmissível* (UNAIDS, 2018), sem que para isso a prevenção seja construída como um discurso individualizado, no qual pessoas sintam-se mais ou menos culpadas, receosas, ou que se enxerguem como sujeitos de risco, “criminosas”, “desviantes” ou “perigosas”. É preciso, portanto, retomar e ampliar estes espaços de discussão sobre sexualidade, gênero e HIV/aids em contextos diversos, como as escolas.

Não podemos perder de vista que a prevenção é um processo dialógico, na medida em que está socioculturalmente (e materialmente) localizada, e de co-responsabilidades, já que prescinde de políticas públicas e programas específicos que possam diminuir as vulnerabilidades ao HIV/aids, bem como combater estigmas e preconceitos que apenas produzem barreiras socioafetivas e impedem a construção de redes de solidariedade.

Recebido: 31/07/2020
Aceito para publicação: 28/09/2023

Referências bibliográficas

- ALMEIDA, G. 2009. “Argumentos em torno da possibilidade de infecção por DST e Aids entre mulheres que se autodefinem como lésbicas”. *Physis*. Vol. 9, nº 2, p. 301-331.
- ANDRADE, Juliane. 2017. *Vulnerabilidade de mulheres que fazem sexo com mulheres às infecções sexualmente transmissíveis*. Tese. São Paulo, Universidade Estadual Paulista: Faculdade de Medicina de Botucatu.
- ANDRADE, Rosário Gregório; IRIART, Jorge Alberto Bernstein. 2015. “Estigma e discriminação: experiências de mulheres HIV positivo nos bairros populares de Maputo, Moçambique”. *Cad. Saúde Pública*. Vol. 31, nº 3, p. 565-574.
- AQUINO, Luseni Maria. 2009. “A juventude como foco das políticas públicas”. In: Castro, Jorge Abrahão; AQUINO, Luseni Maria; ANDRADE, Carla Coelho (orgs.). *Juventude e Políticas Sociais no Brasil*. Brasília: IPEA. 317 p.
- AYRES, José Ricardo Carvalho Mesquita. 2002. “Práticas educativas e prevenção de HIV/Aids: lições aprendidas e desafios atuais”. *Interface (Botucatu)*. Vol. 6, nº 11, p. 11-24.
- BAKEKA-KITANA, Sabrina et al. 2008. “Sexual risk reduction needs of adolescents living with HIV in a clinical care setting”. *AIDS Care*. Vol. 20, nº 4, p 426-433.
- BARROW, Geoffrey; BARROW, Christine. 2015. “HIV Treatment as Prevention in Jamaica and Barbados: Magic Bullet or Sustainable Response?”. *Journal of the International Association of Providers of AIDS Care*. Vol. 14, nº 1, p. 82-87.
- BATISTA, Monique Cristina Henares e ZAMBENEDETTI, Gustavo. 2017. “A research-intervention about the prevention of STI/HIV with lesbian and bisexual women”. *Psicol. pesq.* Vol. 11, nº 2, p. 42-50.
- BRASIL. Lei 12.852 de 5 de agosto de 2013. Institui o Estatuto da Juventude e dispõe sobre os direitos dos jovens, os princípios e diretrizes das políticas públicas de juventude e o Sistema Nacional de Juventude – SINAJUVE. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 6 de agosto de 2013. Disponível via: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12852.htm Acesso: 28 de set. 2023.
- BUCHOLTZ, Mary. 2002. “Youth and Cultural Practice”. *Annual Review of Anthropology*. Vol. 31, p. 525-552.
- CARVALHO, Patrícia Maria Gomes de et al. 2013. “Prevenção de doenças sexualmente transmissíveis por mulheres homossexuais e bissexuais: estudo descritivo”. *Online Brazilian Journal of Nursing*. Vol. 12, nº 4, p. 1-8.
- CASTIEL, Luis David. 1996. “Vivendo entre exposições e agravos: a teoria da relatividade do risco”. *História, Ciência, Saúde – Manguinhos*. Vol. 3, nº 2, p. 237-264.
- CLARKE, Adele et al. 2010. “Introduction”. In: CLARKE, Adele et al. *Biomedicalization: Technoscience, Health, and Illness in the US*. Durham, NC: Duke University Press.

- COHEN, Myron et al. 2016. "Antiretroviral Therapy for the Prevention of HIV-1 Transmission". *N Engl J Med*. Vol. 375, n° 9, p. 830-839.
- COHEN, Myron; McCAULEY, Marybeth; GAMBLE, Theresa. 2012. "HIV treatment as prevention and HPTN 052". *Curr Opin HIV AIDS*. Vol. 7, n° 2, p. 99-105.
- CORIOLOANO, Maria Wanderleya De Lavor; FIGUEIREDO, Emery Ciana Vidal; FIGUEIREDO I, Eglídia Carla Vidal. 2008. "Percepções de mulheres que vivem com hiv frente às experiências sexuais". *Rev Rene*. Vol. 9, n° 1, p. 77-85.
- CUNHA, Claudia Carneiro da. 2012. "Os muitos reveses de uma 'sexualidade soropositiva': o caso dos jovens vivendo com HIV/Aids". *Sexualidad, Salud y Sociedad*. Vol. 10, p. 70-99.
- DAVIS, Mark. 2010. "Antiretroviral treatment and HIV prevention: perspectives from qualitative research with gay men with HIV in the UK". In: Davis, M.; Squire, C (eds). *HIV treatment and prevention technologies in international perspective*. 1ª ed. UK: Palgrave Macmillan. 210 p.
- DIALLO, Mamadou et al. 2020. "HIV treatment response among female sex workers participating in a treatment as prevention demonstration project in Cotonou, Benin". *PLoS ONE*. Vol. 15, n° 1, p. 1-16.
- FÉLIX, Jeane. 2012. *Quer teclar?: aprendizagens sobre juventudes e soropositividades através de bate-papo virtuais*. Tese, Rio Grande do Sul, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- FLOWERS, Paul. 2010. "HIV transitions: consequences for self in an era of medicalization". In: DAVIS, M.; SQUIRE, C (eds.). *HIV treatment and prevention technologies in international perspective*. UK: Palgrave Macmillan. 210 p.
- FOUCAULT, Michel. 2006. *História da sexualidade 1: a vontade de saber*. 17ª Ed. Rio de Janeiro, RJ: Ed. Graal. 174 p.
- FOUCAULT, Michel. 2011. *História da sexualidade 3: cuidado de si*. 11ª Ed. Rio de Janeiro, RJ: Ed. Graal. 247 p.
- GALANO, Eliana et al. 2016. "Vivências dos adolescentes soropositivos para HIV/Aids: estudo qualitativo". *Rev Paul Pediatr*. Vol. 34, n° 2, p.171-177.
- GIDDENS, Anthony. 1997. "A vida em uma sociedade pós-tradicional". In: Beck, Ulrich.; Giddens, Anthony.; Lash, Scott (orgs). *Modernização reflexiva: política, tradição e estética na ordem social moderna*. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista, 1997, p. 264.
- GONÇALVES, Camila; WEBER, Beatriz; ROSO, Adriane. 2013. "Compartilhamento do diagnóstico do HIV/AIDS: um estudo com mulheres". *Mudanças – Psicologia da Saúde*. Vol. 21, n° 2, p. 1-11.
- GRACE, Daniel et al. 2015. "Becoming 'undetectable': longitudinal narratives of gay men's sex lives after a recent HIV diagnosis". *AIDS Education and Prevention*. Vol. 27, n° 4, p. 333-349.
- GRINSZTEJN, Beatriz et al. 2014. "Effects of early versus delayed initiation of antiretroviral treatment on clinical outcomes of HIV-1 infection: results from the

- phase 3 HPTN 052 randomised controlled trial”. *Lancet Infect. Dis.* Vol. 14, nº 4, p. 281–90.
- HEILBORN, Maria Luiza; CABRAL, Cristiane; BOZON, Michel. 2006. “Valores sobre sexualidade e elenco de práticas: tensões entre modernização diferencial e lógicas tradicionais”. In: HEILBORN, Maria Luiza; AQUINO, Estela; BOZON, Michel; KNAUTH, Daniela Riva (orgs). *O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros*. Rio de Janeiro: Garamond e Fiocruz. 534 p.
- HEILBORN, Maria Luiza. 2006. “Experiência da Sexualidade, Reprodução e Trajetórias biográficas juvenis”. In: HEILBORN, Maria Luiza; AQUINO, Estela; BOZON, Michel; KNAUTH, Daniela Riva (orgs). *O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros*. Rio de Janeiro: Garamond e Fiocruz. 534 p.
- HEUMANN, Christine. 2018. “Biomedical Approaches to HIV Prevention in Women”. *Curr Infect Dis Rep.* Vol. 20, nº 6, p.11.
- KEOGH, Peter. 2017. “Embodied, clinical and pharmaceutical uncertainty: people with HIV anticipate the feasibility of HIV treatment as prevention (TasP)”. *Critical Public Health.* Vol. 27, nº 1, p. 63–74.
- LOURENCO, Gilclécia Oliveira; AMAZONAS, Maria Cristina Lopes de Almeida; LIMA, Ricardo Delgado Marques de. 2018. “Nem santa, nem puta, apenas mulher: a feminização do HIV/aids e a experiência de soropositividade”. *Sexualidad, Salud y Sociedad.* Nº 30, p. 262-281.
- LUPTON, Deborah. *Risk.* 1999. 1ª Ed. London and New York: Routledge. 184 p.
- MAHONEY, Megan et al. 2015. “‘I Have It Just Like You Do’: Voices of HIV-negative Partners in Serodifferent Relationships Receiving Primary Care at a Public Clinic in San Francisco”. *AIDS Care.* Vol. 27, nº 3, p. 401-408.
- MAKSUD, Ivia. 2007. *Casais sorodiscordantes: conjugalidade, práticas sexuais e HIV/ Aids*. Tese. Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
- MAKSUD, Ivia. 2012. “Silêncios e segredos: aspectos (não falados) da conjugalidade face à sorodiscordância para o HIV/AIDS”. *Cad. Saúde Pública.* Vol. 28, nº 6, p. 1196-1204.
- MAKSUD, Ivia; FERNANDES, Nilo Martinez; FILGUEIRAS, Sandra Lucia. 2015. “Tecnologias de Prevenção do HIV e desafios para os serviços de saúde”. *Rev. bras. epidemiol.* Vol.18, suppl.1, p. 104-119.
- MELO, Géssyca Cavalcante de et al. 2016. Comportamentos relacionados à saúde sexual de pessoas vivendo com o Vírus da Imunodeficiência Humana. *Esc. Anna Nery.* Vol. 20, nº 1, p. 167-175.
- MOL, Annemarie. 2008. *The logic of care: health and the problem of patient choice*. 1ª ed. London: Routledge. 144 p.
- MONTEIRO, Simone Souza et al. 2019. “Desafios do tratamento como prevenção do HIV no Brasil: uma análise a partir da literatura sobre testagem”. *Ciênc. saúde coletiva.* Vol. 24, nº 5, p. 1793-1807.

- NEWMAN, Christy et al. 2015. "Understanding Concerns About Treatment-as-Prevention Among People with HIV who are not Using Antiretroviral Therapy". *AIDS Behav.* Vol. 19, p. 821-831.
- OLIVEIRA, Lédice Lino de; NEGRA, Marinella Della; NOGUEIRA-MARTINS, Maria Cezira Fantini. 2012. "Projetos de vida de adultos jovens portadores de HIV por transmissão vertical: estudo exploratório com usuários de um ambulatório de infectologia". *Saude soc.* Vol. 21, nº 4, p. 928-939.
- ORTEGA, Francisco. 2003. "Práticas de ascese corporal e constituição de bioidentidades". *Cadernos de Saúde Coletiva.* Vol. 11, nº 1, p. 59-77.
- ORTEGA, Francisco. 2004. "Biopolíticas da saúde: reflexões a partir de Michel Foucault, Agnes Heller e Hannah Arendt". *Interface.* Vol. 8, nº 14, p. 9-20.
- ORTEGA, Francisco. 2006. "Das utopias sociais às utopias corporais: identidades somáticas e marcas corporais". In: ALMEIDA, Maria Isabel Mendes; EUGENIO, Fernanda (org.). *Culturas Jovens: novos mapas do afeto.* Rio de Janeiro: Jorge Zahar. 240 p.
- PAIVA, Vera et al. 2011. "A sexualidade de adolescentes vivendo com HIV: direitos e desafios para o cuidado". *Ciência & Saúde Coletiva.* Vol. 16, nº 10, p. 4199-4210.
- PARKER, Richard. 2015. O Fim da Aids? [online]. Associação Brasileira Interdisciplinar De Aids. Disponível em: <http://abiaids.org.br/o-fim-da-aids/28618> Acesso: em 30 de jun. 2020.
- PEEBLES, Kathryn et al. 2018. "Higher prevalence of viral control in HIV-1-infected women in serodiscordant relationships". *PLoS ONE.* Vol. 13, nº 12, p. 1-11.
- RABINOW, Paul. *Antropologia da Razão.* Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1999. 202 p.
- REIS, Renata Karina; GIR, Elucir. 2009. "Vulnerabilidade ao HIV/AIDS e a prevenção da transmissão sexual entre casais sorodiscordantes". *Rev. esc. enferm. USP.* Vol. 43, nº 3, p. 662-669.
- RODGER, Alison et al. 2016. "Sexual activity without condoms and risk of HIV transmission in serodifferent couples when the HIV-positive partner is using suppressive antiretro-viral therapy". *JAMA,* Vol. 316, p. 171-181.
- RODGER, Alison. et al. 2019. "Risk of HIV transmission through condomless sex in serodi-fferent gay couples with the HIV-positive partner taking suppressive antiretroviral therapy (PARTNER): final results of a multicentre, prospective, observational study". *Lancet.* Vol. 393, p. 2428-2438.
- SEFFNER, Fernando; PARKER, Richard. 2016. "Desperdício da experiência e precarização da vida: momento político contemporâneo da resposta brasileira à aids". *Interface (Botucatu).* Vol. 20, nº 57, p. 293-304.
- SILVA, Leonara Maria Souza da. 2017. "O HIV às vezes me assombra": narrativas online de mulheres jovens vivendo com HIV. Dissertação. Bahia, Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva.
- SILVA, Lucilane Maria Sales da; MOURA, Maria Aparecida Vasconcelos; PEREIRA, Maria Lucia Duarte. 2013. "Cotidiano de mulheres após contágio pelo HIV/

- AIDS: subsídios norteadores da assistência de enfermagem”. *Texto contexto – enferm.* Vol. 22, nº 2, p. 335-342.
- SILVA, Luís Augusto; DUARTE, Filipe Mateus; LIMA, Mônica. 2020. “‘Eu acho que a química entrou em reprovação’: Relações afetivo-sexuais de homens jovens vivendo com HIV/aids e com carga viral indetectável”. *Sex., Salud Soc.* Nº 34, p. 25-45.
- SILVA, Luís Augusto; DUARTE, Filipe Mateus; RIOS, Gilberto. 2017. “Sociabilidades “positivas” em rede: narrativas de jovens em torno do HIV/aids e suas tensões cotidianas”. *Physis.* Vol. 27, nº 2, p. 335-355.
- SPINK, Mary Jane. 2010. *Linguagem e produção de sentidos no cotidiano*. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais. 72 p.
- SPINK, Mary Jane; MEDRADO, Benedito. 2013. “Produção de sentidos no cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas”. In: SPINK, Mary Jane (org.). *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. São Paulo: Cortez. 264 p.
- SQUIRE, Corinne. 2010. “Being naturalised, being left behind: the HIV citizen in the era of treatment possibility”. *Critical Public Health.* Vol. 20, nº 4, p. 401-427.
- SQUIRE, Corinne. 2013. “From experience-centred to culturally-oriented narrative rese-arch”. In: ANDREWS, M.; SQUIRE, C.; TAMBOUKOU, M. (eds.). *Doing Narrative Research*. 1ª ed. London: Sage. 273 p.
- SQUIRE, Corinne. 2014. “O que é narrativa?” *Civitas.* Vol.14, nº 2, p. 272-284.
- UNAIDS. 2018. *Undetectable = Untransmittable*. UNAIDS Explainer, 2018. Disponível em: https://unaid.org.br/wp-content/uploads/2018/07/Indetect%C3%A1vel-intransmiss%C3%ADvel_pt2.pdf. Acesso: 28 jun. 2020.
- VILLELA, Wilza Vieira; BARBOSA, Regina Maria. 2017. “Trajetórias de mulheres vivendo com HIV/aids no Brasil”. *Avanços e permanências da resposta à epidemia. Ciênc. saúde coletiva.* Vol. 22, nº 1, p. 87-96.