

Biomedicalização dos laços de parentesco: tecendo arranjos sociais e *limites* interpessoais entre mulheres soropositivas

Romário Vieira Nelvo¹

Museu Nacional/Universidade Federal do Rio de Janeiro

Resumo: Neste artigo, analiso os contornos subjetivos em torno do *desejo* de *tor-nar-se mãe* para três mulheres e mães jovens soropositivas, oriundas de territórios periféricos do Rio de Janeiro. Tomo as tecnologias médicas que elas foram contem-pladas como um marco importante na construção da “biomedicalização do paren-tesco”. Entre outras coisas, o movimento adotado permite pensar sobre os valores dos arranjos sociais. Privilegio, também, conformações de *limites* em suas relações interpessoais, sobretudo nas relações conjugais, cuja experiência do “abandono” de-vasta o projeto de família. O artigo, portanto, concentra-se nas esferas do *desejo*, parentalidades, arranjos sociais e *limites* interpessoais.

Palavras-chave: Desejos; Biomedicalização do Parentesco; Arranjos Sociais.

NELVO, Romário Vieira. **Biomedicalização dos laços de parentesco: tecendo arranjos sociais e limites interpessoais entre mulheres soropositivas.** *Aceno – Revista de Antropologia do Centro-Oeste*, 5 (9): 47-66, janeiro a julho de 2018. ISSN: 2358-5587.

¹ Mestrando em Antropologia do MN/UFRJ e pesquisador associado do Centro Latino-Americano em Sexualidade e Direitos Humanos (CLAM/IMS/UERJ).

Biomedicalization of kinship ties: weaving social arrangements and interpersonal *limits* between HIV-positive women

Abstract: In this article I analyze the subjectives surrounding the *desire* of motherhood experienced by three young HIV-positive mothers, from the peripheral area of Rio de Janeiro. I take the medical technologies that have been subjected as an important milestone of the “biomedicalization of kinship”. Among other things, the movement adopted allows us to think about values of social arrangements. I also privilege conformations of *limits* in their interpersonal relationships, especially in conjugal relationships, in which the experience of “abandonment” devastates the family project. The article, therefore, focuses on the spheres of *desire*, parentalities, social arrangements, and interpersonal boundaries.

Keywords: Desires; Biomedicalization of kinship; Social Arrangements.

Biomedicalización de los lazos de parentesco: tejiendo arreglos sociales y *límites* interpersonales entre mujeres seropositivas

Resumen: En este artículo analizo los contornos subjetivos en torno al *deseo* de *convertirse en madre* para tres mujeres y madres jóvenes seropositivas, oriundas de territorios periféricos de Rio de Janeiro. Tomo las tecnologías médicas que ellas fueron contempladas como un hito importante en la construcción de la “biomedicalización del parentesco”. Entre otras cosas, el movimiento adoptado permite pensar sobre los valores de los arreglos sociales. Privilegio, también, conformaciones de *límites* en sus relaciones conyugales, cuya experiencia del “abandono” devasta el proyecto de familia. El artículo, por lo tanto, se concentra en las esferas del *deseo*, parentalidades, arreglos sociales y *límites* interpersonales.

Palabras clave: Deseos; Biomedicalización del parentesco; Arreglos Sociales.

Uma das mais duradouras questões metodológicas da antropologia é: como manter, na mesma visão, o que são claramente construtos culturais e históricos e o que são, evidentemente, regularidades sobre a existência social? O truque consiste em especificar um sem diminuir o outro (Marilyn Strathern, 2015 :IX).

Às mães com HIV e filhos sem HIV.

Em meu estudo etnográfico² realizado com três mulheres e mães jovens soropositivas³, oriundas de territórios periféricos⁴ do Rio de Janeiro, os temas antropológicos da noção de pessoa, emoções, gênero e família permeiam suas histórias de vida (NELVO, 2017a; 2018). A pesquisa de campo foi efetuada durante o primeiro semestre de 2016, e especificamente a partir de dezembro daquele ano a abril de 2017. O estudo contou com observações em campo, conversas pelo aplicativo de mensagens instantâneas, *WhatsApp*, entrevistas em profundidades e análise de diários pessoais. A categoria nativa *desejo*, era acionada quando elas se referiam à gravidez. No mesmo sentido, uma série de *limites* se materializavam durante esse processo, reverberando, em moralidades, “barreiras sociais” e rupturas nas relações de namoro e nos projetos de construção de família. Por um lado, há um avanço significativo nas tecnologias médicas que permite uma gravidez com baixo risco de transmissão do vírus HIV para o feto (WHO, 2006); cujo processo é aqui analisado como práticas de “biomedicalização do parentesco”. Por outro, o apego pela maternidade marca uma posição social para a mulher, bem como o valor dado aos arranjos sociais familiares e conjugais que são, ao fim, resultantes de certa concepção de pessoa e visão de mundo (DUARTE, 1987; HEILBORN, 2006).

Ao longo deste artigo, privilegio os contornos subjetivos em torno do *tornar-se mãe* para as interlocutoras levando em conta seus *desejos*, os arranjos sociais elencados e um caminhar no qual há ganhos e perdas; conexões e desconexões; “surpresas” (STRATHERN, 2015). Com isso, seleciono uma análise antropológica das atuais possibilidades médicas, sobretudo com o avanço nas tecnologias biomédicas, que têm possibilitado a efetuação da reprodução dos laços sociais de parentesco. Os ensinamentos de Marilyn Strathern (2015) sobre o parentesco na era da biotecnologia são centrais, e ao longo das passagens de campo

² Para a escrita deste artigo agradeço especialmente à Claudia Barcellos Rezende. Boa parte das discussões sobre família, gênero, pessoa e gravidez, temas amplamente aqui privilegiados, estavam presentes em minhas quartas-feiras à época da pesquisa “Histórias de parto: pessoa e parentesco”, por ela coordenada. Também agradeço pelos comentários, sempre instigantes, acerca do meu material de campo. Reservo, aqui, um agradecimento especial ao companheiro de Museu Nacional Wemerson Ferreira pela leitura e sugestões para o artigo.

³ Categoria referente a pessoas portadoras do vírus da *Imunodeficiência Humana* (HIV), causador da *Imunodeficiência Adquirida* (AIDS). Utilizo o termo “soropositivo” baseando-me da concepção da existência de uma *identidade clínica* que é transformada em identidade social, como definido por Valle (2002).

⁴ As interlocutoras têm origens populares, e residiam à ocasião do campo em bairros de periferia no Rio de Janeiro, na zona oeste da cidade. Aciono o termo “território” no mesmo sentido de Camila Fernandes (2017: 2), como “forma conceitual que abrange tanto as dimensões geográficas da localidade como as dimensões morais e simbólicas que são associadas ao lugar”.

apresentadas, espero mostrar, também, uma presença constante das “relações”. Por serem processos soropositivos, as tecnologias por elas utilizadas são partes da biomedicina como cultura global (VALLE, 2010; BIEHL, 2011). A intenção é atentar para como o global esbarra-se no local e no cotidiano, servindo-se em detrimento dos valores sociais. Ou seja, o modo como a “cultura biomédica” é utilizada para a reprodução dos laços de parentesco.

Se por um lado elas conseguem realizar o *desejo* de serem mães, há dificuldades nesse processo que marca uma série de *limites* e operam como “barreiras sociais” e rupturas – ou, constrói o sujeito a partir de um “conhecimento venenoso” (DAS, 2011)⁵. Luana, Suelen e Luíza – nomes fictícios –, enfrentam não somente uma penosa experiência moralizada, já que a gravidez soropositiva é socialmente reprovável (KNAUTH, 1999). Elas lidam, também, com o abandono por parte dos seus então namorados. O que, entre outras coisas, fragiliza o *desejo* e o projeto na busca pelos arranjos sociais de parentesco, e transforma a experiência da gestação em um “Drama Social”⁶ (TURNER, 2005; 2013). Para as três, a família é parte de um todo generalizante (DUARTE, 1987), na qual ser mãe opera como um *status* social para o gênero feminino (HEILBORN et al., 2006). São essas dimensões da vida que o texto procura dar conta.

Cabe ressaltar que *desejos* e *limites* são noções centrais para a análise deste artigo. Resultam-se de categorias *êmicas*, evocadas pelas interlocutoras em momentos de trabalho de campo. Aqui, as utilizarei como potências analíticas a fim de descortinar o processo de constituição dos laços de parentesco. Em uma breve definição, *desejos* está para o plano da vontade e dos projetos de vida. Os marcadores de gênero, raça, classe, saúde, sexualidade e geração são de suma importância para a reflexão interseccional dos *desejos*. Como aporte teórico, dialogo com outras autoras (DAVIES, 2016; MCCLINTOCK, 2010; FERNANDES, 2017). Por *limites*, entendo a materialização de uma série de moralidades sociais no campo do HIV/Aids que a acompanham em distintas situações. Os *limites* apareciam quando falavam sobre gravidez, o abandono nas relações afetivo-sexuais, a percepção dos familiares quanto à gravidez, as trocas de medicamentos antes, durante e após o parto. Em suma, eles são melhor evidenciados quando o sentimento de “normalidade” é suspenso, podendo levar a uma ruptura das relações (TURNER, 2005); em linhas gerais, são situações em que essas mães jovens são lembradas da infecção⁷.

Como na categoria *desejos*, *limites* também acompanha uma perspectiva interseccional (gênero, raça, classe, saúde, sexualidade e geração; ver, por exemplo, BRAH, 1996). Para as três, e como os dados etnográficos esperam dar conta, os *limites* funcionam como “barreiras sociais”, morais e afetivas que enfrentam por

⁵ Para Das (2011) o “conhecimento venenoso” tem uma relação direta com a encarnação de dores e sofrimentos. São “testemunhos” que se inscrevem em corpos (que têm gênero, sexualidade e nação), trajetórias pessoais e familiares. Tomo emprestada sua noção de “conhecimento venenoso” por sua relação com os sofrimentos sociais e o plano da experiência da construção do sujeito no mundo. Parece-me que a categoria *limites* aqui desenvolvida por mim também encarna dores e sofrimentos.

⁶ Turner (2005; 2013) elabora a noção de “Dramas Sociais”, a partir de suas análises acerca dos rituais Ndembu. Para o autor, inspirado sobretudo nos “ritos de passagem” de Van Gennep, os dramas se dão em quatro momentos, os quais são fundamentais para análise etnográfica de situações de conflitos e curas rituais, apenas para citar alguns dos exemplos apresentados pelo autor: 1. Ruptura; 2. Crise (ou sua intensificação); 3. Ação reparadora (com a elaboração de um ritual); 4. Desfecho (momento em que a vida retorna para sua normalidade ou a cisão social é instaurada).

⁷ *Limites* é noção central para este texto. Como dito anteriormente, emergiu do próprio campo, quando as interlocutoras discursavam a palavra. De todo modo, vinha sempre acompanhada de uma série de situações sociais, sobretudo no que tange à gravidez. Desenvolvo esta categoria ora *êmica*, ora analítica como “barreiras sociais”, ou seja, no plano das moralidades e da construção social da Aids e da feminilidade. *Limites* também serve para pensar em rupturas sociais e eventos que devastam a trajetória, por isso, creio que eventos nos quais elas traziam a categoria (como a gravidez, o pós-parto etc.) podem ser vistos como um “Drama Social” (Ver nota 5), como definido por Turner (2005; 2013). Optei ao longo do texto pela categoria *limites* e não “Drama Social” pela centralidade que ocupa no campo, mas, o leitor pode ler os dados apresentados a partir dos ensinamentos de Turner, que não altera os movimentos analíticos adotados, ao contrário, potencializa ainda mais o que nomeio por *limites*.

contornarem fronteiras e tabus que envolvem a infecção pelo HIV/Aids em sua relação com o *desejo* pela maternidade. Acarretando, desta forma, em rupturas sociais. As categorias aparecem entrelaçadas, apesar de significarem coisas diferentes. Concordando com João Biehl (2011), o *desejo* que privilegia carrega agência e mesmo que encontre *limites*, as interlocutoras desafiam qualquer análise sobre passividade.

O artigo divide-se em dois momentos. Primeiro, lanço mão de uma arguição sobre biomedicina, pessoa, parentesco e HIV/Aids a fim de localizar Luana, Suelen e Luíza em discussões antropológicas mais amplas. Segundo, apresento episódios de campo, valendo-me de trechos de narrativas e análise etnográfica, os quais elucidam seus *desejos* pela maternidade. Localizo o valor dado à constituição de uma família e, por fim, apresento as dificuldades ao longo de suas experiências, que traz “surpresas” e ganhos possibilitados pelas práticas médicas, mas, também, um mundo relacional de perdas dos laços afetivos nas relações interpessoais. O processo de “biomedicalização do parentesco” encarna dores e sofrimentos (DAS, 2011) a partir de barreiras e dramas sociais (NELVO, 2017a).

Biomedicina, HIV/Aids, Pessoa e Parentesco

Tornar-se soropositivo, discorreu Valle (2002, 2010), é um processo que acompanha mudanças nos hábitos cotidianos, indo da dor ao prazer. Requer um reaprendizado dos sentidos e experiências de reordenação do mundo. Faz parte, também, da transferência de uma Identidade Clínica, *soropositivo*, para uma Identidade Social. Por fim, refere-se à construção particular de “categorias, imagens, representações culturais e discursos sobre a soropositividade, que têm sido produzidos por meio de uma combinação de forças sociais e culturais de origens e formação amplamente diferenciadas” (VALLE, 2010: 40). Para o autor, essa definição marca o encontro da biomedicina como cultura global na tessitura do local e/ou cotidiano. A rotinização e monitorização do corpo, partes dos *biopoderes* do ocidente moderno (FOUCAULT, 1987), é um processo tanto de representação cultural quanto de experiência subjetiva⁸.

Durante as narrativas que me foram tecidas, suas experiências quanto à vivência com o HIV/Aids inscrevem-se em formas subjetivas e relacionais. Para elas os estigmas são operantes, como Monteiro et al., (2016) também identificaram em gestantes de classes populares no Rio de Janeiro. Foi possível compreender, também, a existência de um cotidiano micropolítico em suas relações familiares e conjugais, que configuram desde a descoberta da infecção, o seu tratamento diário, e a construção e fragilidade dos laços afetivo-sexuais. Desse modo, são nas ações sociais que se localizam suas existências (RABELO et al., 1999). As histórias de Luana, Suelen e Luíza pareciam construir, por um lado, as relações culturalmente estabelecidas de “estigma” e “medo” no que tange ao HIV/Aids e o processo de ocultação da condição (MONTEIRO et al., 2012; MONTEIRO et al., 2016; PARKER, 2012). Por outro, comunicavam suas realidades enquanto pessoa (VALLE, 2002; NELVO, 2017a, 2017b).

⁸ Partilho da visão da biomedicina como cultura global, mas que, tanto no caso do HIV/Aids (VALLE, 2010; BIEHL, 2011) quanto em outras análises (YVRI, 2010), experiências sociais atravessam esse sistema de poder que opera sobre os sujeitos como práticas de *biopoderes* (FOUCAULT, 1987). Utilizo o termo, referindo-se a um conjunto de práticas que são predominantes na cultura ocidental nos processos de saúde/doença (BONET, 2004; VALLE, 2010), figurando, sobretudo, na *biologização do humano* (VALLE, 2010).

Marilyn Strathern (2015) traz uma instigante análise sobre os “novos estudos de parentesco”⁹. A autora parte do parentesco *euro-americano* se baseando tanto no conhecimento científico quanto na esfera do Direito. Para Strathern, o que há nas novas biotecnologias (como a reprodução assistida e o DNA) e nas práticas legais de divórcio são formas relacionais de estabelecer conexões e desconexões. O parentesco na era do *conhecimento científico* é circunscrito por “surpresas”, pois parentes que até então não se conheciam serão vinculados geneticamente, ao passo que antigos laços são desfeitos acerca da descoberta de “quem detém o gene de quem”. No campo jurídico, por outro lado, uma separação conjugal traz o rompimento de relações, mas também a construção de novas relações, como as “famílias recompostas”, assim por ela definidas. Sua análise apenas torna-se possível por duas situações. Explico-as. A primeira diz respeito a certa noção de pessoa ocidental moderna – que ela chama de “euro-americano” – cujo individualismo é um valor cosmológico. E a segunda, que os sujeitos se valem das novas tecnologias para produzir arranjos sociais. Isto é, produzir “relações”. O parentesco é o ato de *fazer* parentes (STRATHERN, 1992, 2015; HARAWAY, 2016). De fato, é o compartilhamento – de nomes, de substâncias, de afinidades, etc. (ver, por exemplo SAHLINS, 2011).

Partindo dessa visão antropológica como norte, creio que os ensinamentos de uma grande pesquisa sobre gravidez na adolescência¹⁰, que deu origem ao livro *O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros* (HEILBORN et al., 2006), aplicam-se para as histórias que analiso. A pesquisa em questão enfocou nas categorias “juventude” e “sexualidade” como conceitos englobantes, correspondendo ao processo de socialização e certas etapas da vida. A gravidez na adolescência é vista aqui como uma prática que parte da sexualidade como um processo de socialização que, ao fim, permite aos jovens assumir os domínios da individualidade. Em alguns contextos etnografados a maternidade e os laços de parentesco são tanto valorizados quanto fundamentais para o domínio da individualidade, tal como apontado na pesquisa referida. Tanto a análise de Strathern (2015), preocupada com as relacionais no contexto das novas tecnologias médicas e jurídicas, quanto as de Heilborn et al., (2006), falam sobre concepções de pessoa e tomam os arranjos sociais como resultantes de formas culturais que são socialmente valorizadas pelos atores.

Luana, Suelen e Luíza se valeram das novas tecnologias médicas, que as permitiram *tornarem-se mães* com menos risco de transmissão do vírus HIV para o feto (WHO, 2006), a fim de realizar os *desejos* pelos laços parentais. Isto não significa que não tenham sido processos gestacionais marcados por constantes “surpresas”, vigilâncias, ganhos e perdas – o parentesco, por ser uma dinâmica da “relação”, traz à tona o *inesperado* (STRATHERN, 2015). E, que elas não tenham encontrado uma série de *limites* nesse caminhar. Como espero mostrar, são nas relações interpessoais e, sobretudo conjugais, que há uma penosa configuração de *abandonos*, cujos *desejos* pela construção de parentalidades encarnam dores e sofrimentos na experiência dessas mulheres (DAS, 2011; NELVO, 2017a; 2018).

O fato de haver entre elas um apego pela maternidade permite sugerir que o valor dado à família opera como parte de um todo generalizante (DUARTE, 1987). Isto se privilegiarmos desde uma perspectiva interseccional (BRAH, 1996;

⁹ No livro *After Nature* (1992) foi o primeiro momento em que Strathern se debruçou sobre o problema antropológico do parentesco e sua interseção com as noções de cultura, natureza, *relação* e novas tecnologias. Aqui, este livro funciona como aporte teórico, todavia, valer-me-ei de sua obra mais recente, o livro *Parentesco, Direito e o inesperado* (2015).

¹⁰ O nome intitula-se GRAVAD (*Gravidez na Adolescência: Estudo multicêntrico sobre Jovens, Sexualidade e Reprodução no Brasil*). A pesquisa foi efetuada em três grandes centros urbanos: Rio de Janeiro, Salvador e Porto Alegre.

MCCLINTOCK, 2010; DAVIES, 2016); em linhas gerais, os marcadores de gênero, raça, classe, geração, sexualidade e saúde. Deste modo, é possível concluir que seus filhos tecem a reprodução da socialização de certa concepção de pessoa (STRATHERN, 2015). Eles demarcam, ainda, a diferenciação para contextos nos quais mulheres soropositivas eram não só desacreditadas da maternidade, como a própria gestação oferecia graves riscos de transmissão do vírus para o feto (KNAUTH, 1997, 1999; GUIMARÃES, 2011).

É parte também das análises aqui empreendidas levar em conta que a possibilidade de ser mãe para essas mulheres, sem o risco de transmissão do vírus, comunica uma posição antes quase impossível, quando as tecnologias médicas eram ineficazes, e que opera como uma mobilização política e identitária¹¹. Elas foram abandonadas por seus então namorados. O que transforma essas experiências de “biomedicalização do parentesco”, a partir de cisões sociais, em processos de encarnação de dores e sofrimentos. Contudo, efetuaram o *desejo* pela maternidade. Por que não reconhecer o papel de agência dessas jovens mães soropositivas, ao darem à luz a seus filhos, mesmo com as inúmeras “barreiras sociais” e rupturas afetivas que enfrentaram?

Tal como outras pesquisas têm mostrado, ser mãe figura-se como de suma importância para a identidade feminina da mulher soropositiva (MONTEIRO et al., 2016a, 2016b; SILVA & COUTO, 2009). É um processo carregado de estigmas e medos, que resulta na ocultação da condição de saúde, como identificaram Monteiro et al., (2016). Em meu campo, tento contribuir para essas discussões ao trazer novas experiências. Explico-as. Ao *tornarem-se mães* elas fazem-se *pe-soas*, no sentido antropológico do termo¹², ao reproduzirem os laços familiares (NELVO, 2018), no testemunho corpóreo e existencial de um emaranhado relacional complexo, que envolve “surpresas”, tecnologias médicas, conexões e desconexões, dores e sofrimentos, repertórios de sexualidade, gênero e maternidade. A “biomedicalização do parentesco” se dá, portanto, pela performatividade das “normas” do gênero¹³. Isto é, os laços culturalmente hegemônicos nos territórios de periferias – como família, maternidade, relacionamento heterossexual etc.¹⁴.

As “barreiras sociais” e rupturas que marcam historicamente corpos soropositivos, por meio de estigmas e preconceitos, dificultam a efetuação dessas “normas”, sobretudo no plano afetivo-sexual (SILVA; COUTO, 2009). No presente campo, realizar o *desejo* de *tornar-se mãe* opera como agência por performer e “habitar a norma” do gênero (MAHMOOD, 2006), por meio dos laços de parentesco. Se há o término de suas relações de namoro a partir do nascimento de seus filhos – o que será minuciosamente discutido adiante –, talvez a análise de Strathern (2015) sobre os parentes serem uma “surpresa” que propicia conexões e desconexões, possa efetivamente se aplicar em suas histórias de vida; a “relação” sempre carrega algo de *inesperado*.

¹¹ A categoria *êmica* “mãe com HIV e filho sem HIV” – que será mobilizada nas notas finais deste artigo – parece-me dar conta dos processos políticos e identitários do *tornar-se mãe*. Em linhas gerais, a “biomedicalização do parentesco” constrói a figura – desde o prisma concreto das experiências que analiso, em sua intersecção com gênero, raça, classe, geração, sexualidade e saúde – de sujeitos “mães com HIV e filhos sem HIV”, como largamente discuti em outra ocasião (NELVO, 2018). Este ponto será retomado mais adiante.

¹² Cito, aqui, o clássico ensaio sobre a categoria do “espírito humano”, o “eu”, a noção de pessoa de Marcel Mauss (2014).

¹³ Leia-se que para Judith Butler (2003) o gênero é feito em seu ato performático, em suas “performances de gênero”.

¹⁴ Consultar, por exemplo, Fernandes (2017) para uma melhor arguição etnográfica sobre como operam as tessituras cotidianas das relações entre sexualidade, maternidade, gênero e família em territórios de favelas no Rio de Janeiro.

Gestando em torno de *limites*

Suelen tinha 25 anos quando a conheci¹⁵. Sua filha, Samara, estava crescendo, com dois anos e meio. No nosso primeiro encontro, em fevereiro de 2017, ela estava grávida da segunda gestação. Enquanto nos falávamos por aproximadamente um mês pelo aplicativo de mensagens instantâneas, *WhatsApp*, ela não havia me dito sobre a atual gravidez. Àquela altura sabia o sexo do bebê e seria novamente uma menina. Suelen estava com quatro meses. Esbocei certa felicidade quando ela apontou para a barriga referindo-se a “pessoa” que se chamará Vitória. Contudo, a experiência da atual gestação fazia lembrar-se da primeira. A interlocutora chorou por alguns minutos durante aquele dia, pois, dizia que o pai de Samara a deixou, e tinha receio que isso pudesse acontecer novamente, mesmo que o genitor, dessa vez, fosse outro¹⁶.

*

A experiência de campo reproduzida trouxe o desafio de olhar para o processo de “biomedicalização do parentesco” e levar em conta a dificuldade no que tange às relações interpessoais, e suas eventuais rupturas. Experiências como as de Suelen parecem elucidar formas morais e subjetivas de dores e sofrimentos (DAS, 2011). Mesmo em contextos nos quais o *desejo* é efetuado, há “barreiras sociais”, desse modo, *limites*, que emergem no plano das relações conjugais e fragilizam os cotidianos. Como é possível ser portadora de doença infecciosa e o feto não adquirir o vírus da mãe? O que elas fizeram e como fizeram para que isso fosse possível? Se há riscos, como lidar com ele? Como negociar as relações sexuais com o companheiro para poder gestar um filho e os cuidados com este, durante e depois da gestação? Em suma, por que ter um filho? São essas as perguntas que, daqui em diante, espero dar conta valendo-me das histórias das interlocutoras.

Luana, Suelen e Luíza engravidaram em suas “juventudes”¹⁷, fruto de relações sexuais com seus até então namorados. Todas elas tinham relações estáveis, entre quatro e seis anos de duração, até se encontrarem grávidas. A gestação dessas mulheres me apareceu como tema interessante para análise antropológica, pois está concentrada numa gama de muitos *limites*. Isto é, “barreiras sociais”, morais e afetivas. Explico. Foi preciso para elas lidar com os desafios de gestar um filho sendo HIV positivas, por estarem em plena juventude e por terem engravidado de seus namorados. O que não exclui o fato de que elas tenham desejado engravidar. O que me fez entender que, mesmo em vidas marcadas por constantes *limites* (como elas corriqueiramente se referiam), até mesmo sexuais, os arranjos sociais ainda são valorizados, tal como constituir uma família e *tornar-se mãe*. Neste ponto, configuram-se os laços de parentesco e os atos sexuais como parte de uma generalidade de suas concepções de pessoa (DUARTE, 1987; HEILBORN et al., 2006; STRATHERN, 2015).

¹⁵ Luana, Suelen e Luíza tinham entre 20 e 25 anos. Duas delas (Suelen e Luana) se identificam como pessoas brancas, e Luíza como negra. Apenas Suelen é filha única, todas as demais têm pelo menos dois irmãos. São pobres e oriundas de territórios periféricos. Cabe ressaltar, ainda, que completaram a escolaridade (sem ingresso no ensino superior) em escolas públicas. O pré-natal e o parto foram realizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

¹⁶ Diário de campo, 25/02/2017.

¹⁷ Luana tinha 18 anos quando engravidou de Léo. Suelen 23 quando gestou Samara e tinha 25 anos à ocasião do campo, quando esperava Vitória. Luíza engravidou de Ruan aos 20 anos.

Isto é interessante para compreender o quanto as discussões sobre Aids e mulheres nos segmentos periféricos, elaboradas por outras autoras (KNAUTH, 1997, 1999; GUIMARÃES, 2001; MONTEIRO et al., 2016), podem ser apropriadas para o presente campo. Nestas, muito foi dito que a família garantia para as mulheres uma posição social e as distinguia dos “outros” da sociedade e até mesmo dos “outros” doentes de Aids, como postulado por Knauth (1999). Aqui, contudo, há singularidades no campo. Todas elas engravidaram em momentos *limites*, de certa “suspensão da normalidade” (TURNER, 2005), em relacionamentos dos quais esperavam uma possível constituição familiar; o que não chegou de fato a ocorrer com o término de seus namoros. Luana morava com o Carlos, pai do Léo, quando engravidou. Suelen e Luíza “namoravam em casa”. Essa categoria significa que seus respectivos relacionamentos eram de conhecimento de seus pais, que os aprovavam.

Léo, Samara e Ruan não nasceram portadores do vírus em questão. Todas elas foram contempladas pelo protocolo ACTG076, em vigor no Brasil desde o ano de 1996¹⁸. Essas medidas de prevenção reduziram de forma significativa as infecções verticais, de mãe para o feto, ainda nas primeiras análises sobre a implementação (BRASIL, 2004). Atualmente, é recomendado que as gestantes que têm HIV/Aids façam o tratamento com terapia antirretroviral durante toda a gestação e tenham boa adesão ao tratamento para que não ocorra a transmissão do vírus para o feto. Isto ocorre sobretudo no momento do parto e no pós-parto, onde os cuidados devem permanecer.

Estar em tratamento, com boa adesão e com carga viral abaixo de 1000 cópias/ml define o tipo de parto da gestante. A cesárea eletiva é aconselhada em casos de não tratamento e com alta carga viral¹⁹. Em todos os casos de gestante soropositiva, esta deverá medicar-se com AZT (Zudovudina) para o parto. As que forem realizar o parto normal deverão receber o medicamento na veia até o nascimento do recém-nascido. Para as cesarianas eletivas, o consumo do mesmo medicamento ocorrerá três horas antes da cirurgia (WHO, 2005, 2006). Não é recomendado o recolhimento de sangue do cordão umbilical e de líquido amniótico durante a gestação, parto e pós-parto. Não é permitido existir cortes em caso de parto normal entre as regiões vaginal e anal. Assim que a criança nasce, ainda nas suas primeiras horas de vida, deve ser medicada com “AZT xarope” e assim permanecer durante os próximos vinte e oito dias de vida, como um tipo de “profilaxia”. A amamentação não deve ocorrer, pois o leite materno é uma das vias de transmissão do vírus. O leite será então substituído por fórmula láctea infantil, que será distribuído às mulheres por seis meses, podendo ser estendido para um ano a depender do estado. Após os dias de medicação com o “xarope” o recém-

¹⁸ Trata-se de uma prática médica central para este artigo. O nome é a abreviação para *Pediatric AIDS Clinical Trials Group*. Consistiu numa iniciativa de que o uso de AZT durante a gestação, parto e depois para o recém-nascido poderia diminuir os casos de transmissão vertical. Isto foi uma política de testes ocorridos nos Estados Unidos durante os anos 1992 e 1993. Foi detectada uma eficácia de 70% se comparado com os anos anteriores nas gestações soropositivas. No Brasil, a prática começou a ser utilizada a partir do ano de 1996, seguindo as recomendações descritas para evitar a transmissão vertical, tais como suspensão do aleitamento materno, testes *anti HIV* e cesariana eletiva, procedimentos que até hoje são medidas adotadas nos serviços de saúde oferecidos pelo SUS (BRASIL, 2004). Esse cenário somente tornou-se possível porque a partir de 1996 o Brasil implementou no SUS, a partir da vigência da Lei 9.313, a Terapia de Alta Potência como tecnologia médica eficaz para o aumento na qualidade de vida dos portadores, além do que permitiu a construção da identidade soropositiva (VALLE, 2002).

¹⁹ Quantidade no sangue de ácido ribonucléico (RNA) do vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), que causa a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS). A carga viral baixa e/ou zerada é nada mais do que a baixa quantidade de vírus na circulação sanguínea. A gestão correta do tratamento permite esse feito. Desde 2013, o Brasil entrou na diretriz médica e passou a usar o tratamento como forma de prevenção tanto sexual quanto vertical, uma vez que a carga indetectável agora é vista como não mais infectante (UNAIDS, 2014). Recentemente, uma extensa pesquisa Suíça veio a público e lançou a campanha U = U (Undetectable = Untransmittable). As tecnologias médicas de tratamento e controle biomédico têm permitido ora tirar o portador do *status* de transmissor, ora as gestantes do nível da “gravidez de risco”. Para saber mais sobre esses rumos das tecnologias atuais, consultar <http://www.huffpostbrasil.com/jovem-soropositivo/quem-tem-hiv-faz-tratamento-antirretroviral-e-tem-carga-viral-i-a-23066219/>. Acessado em 24 de fevereiro de 2018.

nascido deve realizar testes para o HIV a fim de confirmar se a infecção realmente não ocorreu. Fato este que se repetirá com seis meses de vida e após um ano (WHO, 2005, 2006).

Luana teve “sérios problemas” quanto ao tipo de medicação que fazia uso no momento em que engravidou. Ela teve muitos enjoos durante sua gravidez e assim que fazia uso dos medicamentos acabava por vomitá-los logo em seguida. Isto ocorreu durante os seis primeiros meses de gestação. Suelen fez o uso com boa adesão ao tratamento desde que se descobriu grávida e assim permanecia até o momento desta etnografia. Suelen foi a única das interlocutoras que teve o seu parto “normal”. Luíza não manteve boa adesão aos remédios durante a sua gestação. Segundo me contou não se tratou à época em que gestou Ruan. Seus médicos, portanto, consideraram isso muito arriscado e se não fossem os cuidados durante o parto e pós-parto muito provavelmente seu filho teria nascido com o vírus. Os filhos de todas elas receberam os devidos cuidados, tal como recomendados acima. Elas foram contempladas pelo leite artificial por seis meses dado pelos hospitais em que fizeram seus respectivos pré-natais e onde tiveram seus filhos (todos da rede pública). A decisão de ter filhos por parte delas era algo que permeava os seus *desejos*. Como narrou Luana:

Então, eu abandonava o tratamento algumas vezes mesmo tendo consciência de que não era certo. Um vai e vem da vida mesmo. Já estava namorando há muito tempo com o pai dele, com todos os problemas com a família dele que sabia da minha condição e tudo mais. Daí ele achou por bem que se eu tivesse um filho eu nunca mais iria querer parar tratamento algum (...) Hoje, sendo mãe e tendo essa responsabilidade com o Léo eu nunca mais irei parar o tratamento. Se eu quiser culpar a minha mãe pela infecção, como as meninas do hospital, eu não posso abandonar ele para que ele pense que eu o abandonei, entende? (Luana, material de campo, janeiro de 2017).

Luana relatou que mesmo antes de engravidar já fazia uso regular dos medicamentos antirretrovirais. Contudo, sempre quando se referia à decisão de ter filhos, ela voltava para essa situação em sua vida que é marcada por alguns abandonos dos medicamentos. Aqui é possível perceber que os valores familiares, como o de *tornar-se mãe*, são importantes para ela. Seu até então companheiro pensava que uma gravidez poderia ser algo positivo, no mesmo sentido que ao longo do nosso encontro ela deixou transparecer que o filho veio em boa hora para continuar a trilhar o seu caminho e os desafios com o HIV. Luana vive diariamente com Léo. É mãe solteira, tendo rompido o relacionamento assim que Léo nasceu. Ela mora com o filho e o leva para o seu trabalho todos os dias.

Durante sua gestação, acabou tendo problema com a medicação o que, segundo me contou, a deixou preocupada quanto a possível transmissão ao feto. A decisão por engravidar foi algo em comum acordo com o pai do seu filho, que desde o início do relacionamento sabia da condição de soropositividade de Luana. Eles decidiram abandonar o uso do preservativo, principal método de prevenção ao HIV, também em comum acordo. Contudo, assim não o fizeram apenas para ter o filho. Ou seja, mantinham relações sexuais “sem proteção” cotidianamente. O filho, mesmo que há muito desejado, apareceu em um momento de “surpresa”: a menstruação atrasou e fez-se o teste de gravidez, que deu positivo. Ao longo da relação de namoro de Luana ela manteve-se quase sempre indetectável ao HIV, o que, garantia certa “proteção” ao seu parceiro sexual fixo.

Todas as relações de namoro das interlocutoras desta pesquisa eram sorodiferentes, ou seja, elas eram as portadoras e seus então companheiros não portavam o vírus. Isso é um fato curioso, pois não mais os homens como demonstrado por uma vasta bibliografia sobre o fenômeno de mulheres e Aids (KNAUTH, 1997, 1999; GUIMARÃES, 2001), seriam os agentes que ofereceriam “riscos”,

mas, sim, as mulheres. Nas relações de Suelen e de Luíza também se convencionou o abandono do uso do preservativo por parte de seus parceiros. Ambas relataram também que estes sempre souberam desde o início e que preferiram que os contatos sexuais fossem “sem camisinha” – categoria nativa surgida no campo.

Ele não fez exame ainda. Diz ele que agora que a gente não está mais junto iria se cuidar. Mas ele não fez exame para ter certeza se tem ou não tem e tal. Mas ele sabia. Desde o começo. Com um ano de namoro já deixei bem claro que eu tinha e ele fez na sua consciência que eu tinha. Não forcei nada a ninguém. (Luíza, material de campo, março de 2017).

Na narrativa acima, pode-se perceber o quanto a decisão pelo abandono do preservativo foi algo em comum acordo na relação que Luíza mantinha com o pai de Ruan. Quando se descobriu grávida, foi basicamente como na gravidez de Luana: a menstruação atrasou, fez-se o teste e deu positivo. Este fator – e a passagem acima demonstra, de certa forma – é revelador de que se tratava de um tipo de relação em que se mantinham práticas sexuais constantes sem preservativos e o filho, mesmo desejado, foi fruto do “acaso”. Em momentos de interação social com a interlocutora, pós-entrevista, a indaguei quanto a este fato da prevenção, a qual alegou que ela inúmeras vezes o lembrava de sua condição e mesmo assim ele queria “fazer sem camisinha”. Luíza narrou ter dificuldades de tomar os “remédios” para o HIV, o que não fazia dela uma portadora do vírus indetectável. Em outras palavras, a chance de transmissão para o parceiro é muito grande, diferente das demais interlocutoras. Ela contou que isso era dito na relação, e que inclusive preferia que adotassem o método de prevenção para resguardá-lo, mas o pai de Ruan não queria e ela acabava por ceder.

Desse modo, se o campo aqui em questão é completamente singular por muitos motivos, existem situações que se repetem no que tange aos estudos sobre mulheres e HIV/Aids que o antecede sobre outros contextos etnográficos. Cabe destacar que se tratam de mulheres jovens e em relação de namoro, o que as difere da conjugalidade de casamento como discutido por outros/as autores/as (KNAUTH, 1997, 1999; GUIMARÃES, 2001), em que os maridos que as infectavam quebravam a confiança da companheira e a transmissão trazia “riscos” ao arranjo familiar estabelecido. Contudo, ainda é possível afirmar que mesmo em situações em que as mulheres são as possíveis agentes da transmissão sexual do vírus, a decisão quanto à utilização ou não do preservativo ainda acaba sendo do homem, como na trajetória de Luíza. Isto é interessante para demarcar rupturas e possíveis continuidades do presente campo, o que se expressa aqui na decisão por ter filhos e o abandono do preservativo nas relações sexuais, que conforma, ao fim, *desejos* e tecem parentalidades.

Desta forma, é possível dizer que mesmo portando uma condição crônica, e sendo esta infecciosa, isso não altera o *desejo* de ter um filho²⁰. A gravidez surgiu em um momento no qual “simplesmente aconteceu”, mas era uma situação que elas não excluíram de suas vidas por terem HIV/Aids. Modo análogo ao que foi estudado sobre relações de parentesco no Rio de Janeiro em famílias afetadas por doenças raras e hereditárias por Aureliano (2015). Na particularidade do campo da autora, existia o fato do apego na gramática emotiva da “esperança científica” de que em um futuro próximo a cura – a doença rara em questão era a *Machado Joseph* – fosse descoberta e os filhos pudessem ser contemplados por esta. O que, portanto, fazia com que os projetos de reprodução e arranjos sociais não fossem interrompidos mesmo sabendo do risco genético. Neste sentido, apareceu nas

²⁰ Essa relação entre a infecção e vontade de ser mãe também foi identificado em outros contextos etnográficos (MONTEIRO et al., 2016a, 2016b; SILVA; COUTO, 2009).

narrativas das interlocutoras desta pesquisa, que os arranjos e a reprodução não foram interrompidos e/ou não se tinha vontade de interrompê-los por conta da condição da saúde. Muito pelo contrário, esses laços são valorizados por elas. Em suma, a gravidez era esperada pelas três; o que confirma que a instância da família e ser mãe são partes de uma visão mais ampla de mundo e concepção de pessoa (DUARTE, 1987; HEILBORN et al., 2006).

Assim, torna-se possível valer-me dos ensinamentos teóricos de Strathern (2015) sobre os novos estudos de parentesco na era do conhecimento para a cosmologia ocidental. Em suas questões postuladas, como dito em outro lugar do artigo, o Direito e a biotecnologia – esta última entendida como tecnologia do contemporâneo – facilitam acessos compreensivos ao que é comum no cotidiano das pessoas: as relações; conexões e desconexões; o modo como o parente é feito sempre nas “relações”. Dessa maneira, as formas de conhecimento, quando envolvidas diretamente na constituição de parentes e família são meios de se compreender as práticas sociais e os atores localizados. As novas possibilidades médicas, portanto, permite reproduzir família e conexões de parentesco, algo já valorizado entre as próprias pessoas, que as utilizam para estabelecer relações. Se as tecnologias médicas são utilizadas para a reprodução de laços culturais, como postulado por Strathern, isso torna sua análise instigante para as histórias de “biomedicalização do parentesco soropositivo”. Explico. Luana, Suelen e Luíza se valeram das tecnologias médicas do HIV/Aids (VALLE, 2010; BIEHL, 2011) justamente porque os laços familiares e a posição social de mãe são valorizados entre elas, entre seus cotidianos relacionais.

Suelen descobriu-se grávida da mesma forma que Luana e Luíza. Apesar de já querer engravidar há algum tempo também ficou “surpresa” com a gestação – leia-se, para Strathern (2015) os parentes são sempre uma “surpresa” –, pois em meio a tantos sentimentos de *desejo* pela gravidez se viu “assustada” com o resultado positivo:

Ela foi desejada não foi planejada (risos) é o que eu digo até hoje. Eu desejava, eu já estava em um período muito de querer ser mãe, de querer engravidar...Só que quando eu realmente percebi que eu estava grávida foi um susto muito grande. Porque assim, eu tinha na minha cabeça que eu nunca iria conseguir engravidar. Eu acho que de tantas coisas que acontecem na nossa vida, que eu pensava. Isso era coisa minha. Ninguém, nenhum médico nunca virou para mim e disse: “ah, você não vai”. Era meu. Ai eu desejava. Meio que naquele momento de tanto desejo de eu quero, eu quero, eu quero acabou realmente acontecendo e veio. Ai foi um susto assim, porque eu realmente não imaginava que a qualquer momento alguém iria dizer “não você não vai engravidar”, mas aconteceu e foi tranquilo, mais até do que eu imaginava, sabe? Muito tranquilo todo o período, muito. De ter tido poucos enjoos, de não passar tanto mal, muito tranquilo a minha gravidez [...] A questão foi não parar o antirretroviral. (Suelen, material de campo, fevereiro de 2017).

As narrativas de Suelen em questão permitem pensar que a vontade de ser mãe era um *desejo* que ela tinha. Quando se viu grávida relatou estar “assustada”. Contudo, essa categoria era muito menos pela realidade em que se encontrava e muito mais o fato de que ela não pensava que isso poderia ocorrer. Durante sua gestação procurou fazer uso dos medicamentos de forma correta. Sua filha nasceu de parto vaginal, cujo procedimento de cuidado recomendado foi todo seguido. A vontade de ser mãe (expressa aqui como *desejo*) foi uma realidade para todas as interlocutoras, cada uma a sua maneira. Luana assim como Suelen também sempre quis ser mãe, mesmo que isso tenha “simplesmente acontecido”.

Na trajetória de Luíza, o *desejo* também existia, todavia, a sua narrativa nos leva para outro plano: o da valorização desse tipo de ato – o de ter podido gestar um filho. Nos discursos de Luíza, ela mencionou o quanto ter engravidado “cedo”

não é de todo ruim assim, pois pior seria se ela não conseguisse engravidar. Porém, diferente das relações de namoro de Luana e Suelen em que seus respectivos companheiros sabiam de seus *desejos* – o de Luana até mesmo sugeriu que a maternidade seria importante para ela –, o namorado de Luíza não queria ser pai. A gravidez surgiu como motivo de satisfação pela possibilidade de ser mãe por parte dela – elucidando o quanto a maternidade é parte de uma posição social para a figura da jovem mulher (HEILBORN et al., 2006) – e de insatisfação por parte dele. Em suma, ela “simplesmente aconteceu”, emergiu como uma “surpresa” (STRATHERN, 2015), já que eles mantinham cotidianamente relações sexuais sem preservativos, e não chegou em um momento cujo *desejo* do seu até então namorado atendia. Abaixo, irei melhor ilustrar narrativas de Luíza em diferentes momentos sobre estas situações de sua trajetória, os eventuais desafios e a dimensão da ação social de sua experiência (RABELO et al., 1999).

Minha mãe fala que quem tem filho nessa idade não tem cabeça que era para eu ter feito minha casa, ter feito o meu pezinho de meia para depois ter filho. Eu disse para ela que quem faz isso é rico que pobre quando é para se ferrar é para se ferrar na nossa idade mesmo. Porque tipo assim, a pessoa vai lá e planeja uma casa, tem dinheiro, mas não consegue o filho e assim, eu consegui o filho. Eu não me arrependo de ter tido o Ruan e eu sou feliz, o resto eu posso conseguir aos poucos, correto? Posso arrumar um emprego, ter uma casa, então tem muitas mulheres que querem ter um filho e não conseguem e tipo, comigo foi normal. A minha família no começo ficou... Minha mãe ficou meio para trás, porque era gravidez de risco, porque no caso eu tinha que me cuidar, coisa que eu não fazia. Depois, Ruan super saudável, inteligente, esperto. Agora está tudo de boa. Não é que ele [pai do filho] não queria, é que para ele, ter filho assim iria ocupar muito a vida dele, então ele meio que antes do bebê nascer ele queria se divertir, mas tipo, nove meses não são nove dias, é bastante tempo. Fiquei toda cagada e meu psicológico ficou arrasado e se a gente fosse assim mais próximo um com o outro como a gente foi durante os quatro anos, eu teria tomado o remédio. Até porque hoje, graças a Deus o Ruan não tem, porque no hospital né, tem bastante coisa. Mas em relação a isso na minha gravidez foi o que atrapalhou meu emocional, porque eu desconto muito nos remédios meu emocional. Nossa relação [com o pai de seu filho] foi turbulenta. Foi o que eu falei. Ele disse que só iria ser pai quando o bebê nascesse, que ia sair mais. Tanto que durante a semana ele sempre tinha duas, três bolinhas no olho que eu acho que aquilo era terçou. Queria que ele tivesse tido mais, só que foi só três. Ele iria trabalhar sério, ele trabalhava com as bolinhas. Não dizem que se você negar coisa pra grávida não aparece terçou? Eu acredito porque eu joguei uma praga violenta nele que era para pegar ainda mais, só que pegou poucas (Luíza, material de campo, março de 2017).

Ruan, filho de Luíza, não nasceu com HIV mesmo ela não aderindo o tratamento como indicado. Todo o procedimento antes, durante e após o seu parto foi adotado para que a infecção de mãe para filho não viesse a ocorrer. Os médicos consideram que o “xaropinho” e a cesariana eletiva tenham sido importantes para esse feito, uma vez que ela não “fez por onde”. Luíza tinha carga viral próximo de vinte mil cópias, o que fez com que Ruan nascesse em meio a uma porcentagem de vírus muito grande, em condição de “risco” total. Suelen foi a única delas efetivamente indetectável – tanto que seu parto foi o único normal. Luana, por seus enjoos e eventos extraordinários semanas antes do parto, acabou chegando a 240 cópias de carga viral, o que não invalidaria o parto vaginal, mas os médicos preferiram fazer a cesariana.

Nos trechos trazidos de Luíza há uma série de valores sociais elencados. A idade com que engravidou, ainda muito jovem, é significada com o fato de que ao menos conseguiu engravidar, fazendo alusão de que muitas mulheres conseguem muitas outras coisas na vida, mas não conseguem um filho. Desta forma, podemos extrair que todos os planejamentos, tais como estudar, fazer uma casa, em suma, construir o seu “pé de meia” como postulado por sua mãe, não é mais importante do que ter podido gerar um filho. Todas essas outras coisas podem ser

conseguidas com o tempo, mas o filho é ainda mais essencial para ela. Contrário a isso, foi a figura do pai de seu filho que não se via num momento para assumir a função. Por isso, a relação dos dois durante a espera de Ruan foi caracterizada como “turbulenta”, havendo o choque entre o *desejo* de ambos. Ela significava o que havia ocorrido como algo valorizado socialmente, tendo como comparação mulheres que conseguem tudo menos um filho. Ele enxergava que deveria sair mais e aproveitar melhor a vida antes de assumir a paternidade.

Esta situação de confronto na narração sobre a relação de namoro, trouxe para a experiência da gestação de Luíza uma solidão em seu processo²¹. Aqui, sugiro que esse ato de experienciar abandonos e encarnar sofrimentos sejam lidos como uma espécie de “conhecimento venenoso” (DAS, 2011). Isso se deu, sobretudo, porque a relação conjugal e o *desejo* em *tornar-se mãe* foram contrariados fazendo com que os laços de constituir uma família fossem abalados com a cisão do namoro. Sua gravidez materializa, por um lado, a “conexão” com o filho e os “ganhos” com o início de uma relação materna a partir dali, mas, por outro, a “desconexão” e “perdas” da relação com o pai do Ruan – um problema, portanto, das “conexões” e “desconexões” do parentesco, teoricamente demonstrado por Strathern (2015).

Se todas as interlocutoras se viram sozinhas no mundo para criar um filho assim que estes nasceram (tanto que o receio de Suelen na ocasião de campo que reproduzi era justamente este, de ser novamente abandonada), Luíza foi a única delas que começou a viver o abandono durante a gravidez. Ela viu o seu relacionamento estável definhar quando estava esperando seu filho. Para ela, o período da gravidez foi uma época que não deseja retornar, em que teve “enjoos de pessoas”, se encontrou sozinha, abandonada, com raiva. Seu pré-natal teve a figura de sua irmã como companheira, enquanto o pai de Ruan nunca podia estar presente. De uma hora para outra, o valor da gravidez, que continuou sendo significado quando Ruan nasceu e era à ocasião do campo, começou a entrar em “crise” (ou “intensificação da crise”, ver, por exemplo, Turner, 2005) pelos fatores advindos dessa relação. O HIV/Aids tornou-se naquele momento em que se esperava o apoio, o menor dos problemas²². O *abandono* passou a fazer parte de sua biografia:

Eu me senti um pouquinho sozinha. Vou começar por 2012. Meu relacionamento com um menino. A gente se conheceu na escola. Só que eu tinha muito... Como falam: “Ah, ter aquilo [o HIV] você tem que se proteger que não sei o quê”. Aí chega um momento no relacionamento que você tem mais intimidade. Aí quando eu cheguei nessa fase, eu falei que queria terminar para não ter que contar, aí ele falou: “Ah, mas o que aconteceu e tal?”. Aí eu falei assim: “Não, nada não”. Eu mandei uma música para ele que tem uma música do Lil Wayne que é um rapper e tem até uma música dos Racionais, que também fala sobre isso. Mas eu mandei a do Lil Wayne que ele gosta de rapper. Ele entendeu e meio que não entendeu. Daí eu falei: “Essa é a minha história”. Aí ele: “Não, tudo bem. A gente pode continuar; eu vou cuidar de você”. Aí se passaram cinco anos então eu me vejo assim, para mim não tem necessidade de tomar os remédios porque para mim eu não estou doente, eu tenho essa coisa ainda. Só que eu tomava os remédios por ele, para ficar feliz do lado dele porque eu gostava muito dele e tal. Foi aí que depois de quatro anos, assim, mais ou menos juntos, que eu engravidei. Aí vem a minha gravidez. A minha gravidez ele falou, ele disse que o bebê iria prender muito ele. Disse que iria fazer coisas antes que o bebê nascesse. Tipo iria sair mais com os amigos, entendeu? Aí só que tipo, eu me sentia muito sozinha, eu queria ir à praia. Falava que queria e ele arrumava uma desculpa. Eu falava que

²¹ Para uma leitura sobre solidão, trabalho do tempo e contatos e trocas sociais, consultar Bispo (2016).

²² Proponho aqui pensar nesses efeitos que marcam subjetivamente a interlocutora como experiências resultantes de “acontecimentos dramáticos”, causando para a pessoa uma espécie de sofrimento como corporificação do mundo (DAS, 2011). No caso de Luíza, são nas relações conjugais que ela testemunha abandonos e solidões. O momento de sua gestação é um “conhecimento venenoso” (DAS, 2011) porque ela testemunha esses sentimentos e, mais do que isso, eles são partes de sua trajetória de mulher e mãe jovem solteira. Eles a compõem enquanto pessoa.

estava com desejo de comer açaí e ele falava que estava na casa de um amigo. Eu queria lanchar, sair. Eu via os pais dele saindo e não me chamando e tal, e eu ficava muito depressiva; não tomava os remédios. Acho que de nove meses eu fiquei uma semana só tomando o remédio. No meu trabalho também era outra coisa, outro pedalelo na minha vida porque eu não gostava de lá, brigava com todo mundo, era um capetinha lá mesmo. Brigava com todo mundo. Com o gerente, com os donos. Aí com o tempo assim eu fui ficando mais calma. Ficava uma semana sem trabalhar [...] Eu fiz o meu pré-natal no Pedro Ernesto. Era para eu fazer aqui no posto, só que eu não confio nessas pessoas daqui, porque é todo esse conjunto [se referindo as pessoas que moram em seu entorno]. Aí eu fiz lá no Pedro Ernesto. Só que eu ficava super mexida porque as mães iam com os pais. As mães falavam: “Meu marido ta feliz. A gente comprou isso junto”. Mas eu não tinha história para contar. A única parceira, parceira mesmo era a minha irmã que ia comigo. Eu fiquei tão grudada com a minha irmã que eu chamava ela pra ir no banheiro fazer xixi junto comigo. Ela ficava na porta lá me esperando pra eu fazer o xixi. Ela ia no pré-natal comigo. Poxa, ela era a minha cuticula; a gente briga, mas eu amo aquela garota. Eu não tinha vaidade de tirar [fotografias]...Eu queria tirar, fazer aquele book bonitinho, aquelas fotos, mas eu não tinha ânimo, tinha vontade de morrer mesmo. Tipo assim, ele não perguntava como é que eu estava, como é que estava me sentindo. Eu estava numa fase de tirar a vida do meu filho e a minha vida porque eu não queria que o Ruan ficasse com o Carlos porque eu odiava ele e a família dele e não queria que o Ruan ficasse com eles porque eles não davam um acorda no Carlos e então o Ruan não tinha que ficar com ninguém. E é aquilo, eu me sentia um coco mesmo e iria morrer super de boa. Eu sei que o Ruan iria, para quem acredita em religião, paro o céu. Eu como tinha me matado iria paro o inferno. (Luíza, material de campo, março de 2017).

As narrativas de Luíza permitem-nos perceber o quanto a dimensão da gravidez, que era vista como algo positivo em relação às mulheres que não conseguem engravidar, se deu em seu sentido existencial. Muito do que Luíza contou, sobre uma época em que não gostaria de voltar, se deu em função do abandono que teve por parte do pai de seu filho durante todo o processo de gestação do Ruan. Além de momentos de total solidão, isso também reverberou no HIV, quando o tratamento passou a ser visto como o menor dos problemas, ou mesmo uma das consequências da solidão. O momento da gravidez de Luíza foi, portanto, de “crise” e rupturas sociais (TURNER, 2005) numa relação que ela inicia em sua narrativa com muita delicadeza ao se lembrar, e todo o engajamento de que teve para fazê-lo entender sua condição. Afinal, me disse: “vou começar por 2012. Meu relacionamento com um menino. A gente se conheceu na escola”.

*

As experiências dessas “mães com HIV e filhos sem HIV”²³ em questão, concentram-se efetivamente em muitos *limites*, e, por vezes, seus *desejos*, mesmo que realizados, encontram no caminhar das relações interpessoais uma série de dificuldades. Se as práticas médicas permitem a reprodução de laços sociais valorizados, ou seja, *fazer* parentes (STRATHERN, 2015; HARAWAY, 2016; SAHLINS, 2011), são nas tessituras conjugais que elas enfrentam um sem número de “perdas” e rupturas sociais. Isto é, os “limites”, como elas se referiam. “*Limites*” aqui aparece como uma categoria bastante plural para a análise antropológica, como “barreiras sociais”, morais e afetivas; que vai desde a decisão de ter filhos e lidar com a gestação de “risco”, ao *abandono* durante e depois do processo. Tanto que esse era um dos receios de Suelen quanto à filha que estava esperando: o medo de ser novamente deixada pelo pai da criança mais uma vez;

²³ Como dito em outro lugar (ver nota 9) o termo é uma categoria *êmica*, dita inicialmente por Luana em nosso primeiro contato e que, daqui em diante, utilizarei mais precisamente para os remates do texto. Acredito que a frase “mãe com HIV e filho sem HIV” funciona como uma mobilização política e identitária no contexto da “biomedicalização do parentesco”. Pelos limites do artigo não irei melhor desenvolver a categoria, a utilizando aqui, apenas, como um recurso analítico para guisa de conclusão. Em outro lugar (NELVO, 2018), a desenvolvi com melhor desenvoltura.

suas lágrimas à época do campo expressavam a angústia ou incerteza sobre seu relacionamento.

As histórias de Luíza conduzem a um plano de análise que permite concentrar as narrativas dessas mulheres num lócus da existência social marcado por um campo vasto de relações sociais possíveis; suas vidas trazem à luz, desta forma, moralidades sociais. Dito isso, seus *desejos* e “barreiras sociais”, cuja posição de mãe ocupa lugar central, bem como as narrativas que foram destacadas neste artigo, somente tornam-se possíveis para a análise etnográfica se prestarmos atenção às complexidades envolvidas. A partir, insisto, de uma perspectiva interseccional (BRAH, 1996). Sugiro, portanto, os marcadores de gênero, saúde, geração, raça, classe.

Suas vidas pulsam relações sociais e quando o HIV/Aids aparece, é sempre uma incerteza. É também uma memória de algo que já aconteceu e teve a infecção como motivo principal. Durante uma gravidez, há procedimentos a serem seguidos para não transmitir o vírus ao feto. Em meio a tudo isso, elas ainda têm que lidar com situações de abandono durante esse processo o que, ao fim e ao cabo, dificulta a gestão de seus tratamentos²⁴. A fragilidade da pessoa por conta das relações vividas, em minhas interlocutoras, afeta diretamente a maneira como a vivência com o vírus causador da Aids será levada. No caso de Luíza, a ruptura do namoro foi peça chave para a dinâmica devastadora de seu projeto de vida, e ela, que já apresentava dificuldades de tomar os seus remédios, apenas confirmou isso durante sua gestação. Esse é mais um dos *limites* das experiências dessas mulheres mães jovens soropositivas: a de arriscarem a sua própria vida – ou mesmo tornar a enfermidade em um problema menor – em detrimento dos arranjos sociais e das vidas dos “outros”.

Ser “mãe com HIV” é lidar também com a “ansiedade” – categoria emotiva discutida por Rezende (2012) sobre o sujeito e o mundo em grupos de gestantes para a preparação da maternidade – quanto aos exames do pós-parto de seus filhos. Luana, Suelen e Luíza relataram que esse momento, sobretudo o do último exame é o de maior ansiedade de todos. Caso seus filhos contraíssem o vírus elas certamente jamais se perdoariam. Elas deram todo o “xaropinho” para Léo, Samara e Ruan durante o tempo recomendado, os levaram para as consultas e estes realizaram os exames de carga viral. Seus filhos efetivamente não têm HIV. Ser “mãe com HIV” é ter que lidar com uma série de medos, ocultamentos e dor que se revelam na experiência da pessoa com o mundo, e dramatizam a existência social. Contudo, é também ser agente. É o performar e “habitar da norma” do gênero (MAHMOOD, 2006). Pois, em meio a todas as histórias mostradas – do *desejo* às barreiras e rupturas sociais – elas *tornam-se mães*, e mobilizam para si a condição parental politizada de “mães com HIV e filhos sem HIV” (NELVO, 2018).

Recebido em 05 de fevereiro de 2018.
Aprovado em 15 de agosto de 2018.

²⁴ Em outro lugar (NELVO, 2017b) discuto o processo de ambiguidades e *limites* das práticas biomédicas a partir da gestão dos tratamentos diários das interlocutoras. As trocas constantes de medicamentos, os sentimentos de *fardo* e *prisão*, bem como a concretude das substâncias medicamentosas são situações por mim analisadas como práticas de “*desencantos* terapêuticos”, em oposição ao “*encanto*” e “liberdade” tal como os medicamentos são geralmente pensados na cosmologia ocidental moderna.

Referências

- AURELIANO, Waleska A. Health and the Value of Inheritance: The meanings surrounding a rare genetic disease. *Vibrant*, Florianópolis, v. 12, n.1, 2015, p. 109-140.
- BIEHL, João. Antropologia no campo da saúde global. *Revista Horizontes Antropológicos*, Porto Alegre, v. 17, n. 35, 2011, p. 257-296.
- BISPO, Raphael. Tempos e Silêncios em narrativas: etnografia da solidão e envelhecimento nas margens do indizível. *Etnográfica*, v. 20, n. 2, p. 251-274, 2016.
- BONET, Octavio. *Saber e sentir: uma etnografia da aprendizagem da biomedicina*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.
- BRAH, Avtar. *Cartographies of diaspora: contesting identities*. London/New York: Routledge, 1996.
- BRASIL, Ministério da Saúde. *Recomendações para profilaxia da transmissão Vertical do HIV e terapia Antirretroviral em Gestantes*. Brasília, 2004.
- _____. Ministério da Saúde. *Recomendações para profilaxia da transmissão Vertical do HIV e terapia Antirretroviral em Gestantes*. Brasília, 2010.
- BUTLER, Judith. *Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade*. Civilização Brasileira, Rio de Janeiro, 2003.
- DAS, Veena. O ato de testemunhar: violência, gênero e subjetividade. *Revista Cadernos Pagu*, Campinas, v. 37, julho-dezembro, 2011, p. 09-41.
- DAVIES, Angela. *Mulheres, Raça e Classe*. São Paulo: Boitempo, 2016.
- DUARTE, Luiz Fernando D. Pouca vergonha, muita vergonha: sexo e moralidade entre classes trabalhadoras urbanas. In: LOPES, José S. (Org.) *Cultura e Identidade operária: aspectos da cultura das classes trabalhadoras*. Rio de Janeiro: UFRJ, p. 203-226, 1987.
- FERNANDES, Camila. *Figuras da causação: sexualidade feminina, reprodução e acusações no discurso popular e nas políticas de Estado*. Tese de doutorado em Antropologia Social, Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Museu Nacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2017.
- FOUCAULT, Michel. *Vigiar e Punir*. Petrópolis: Vozes, 1987.
- GUIMARÃES, Carmem D. *Aids no feminino: Por que a cada dia mais mulheres contraem Aids no Brasil?* Rio de Janeiro: UFRJ, 2001.
- HARAWAY, Donna. Antropoceno, Capitaloceno, Plantationoceno, Chthuluceno: fazendo parentes. *ClimaCom Cultura Científica*, Campinas, n. 5, p. 139-146, 2016.
- HEILBORN, Maria Luísa. AQUINO, M.; BOZON, M.; KNAUTH, D. *O aprendizado da sexualidade: Reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros*. Rio de Janeiro: Garamoond/Fiocruz, 2006.
- IVRY, Tsipy. *Embodying Culture: Pregnancy in Japan and Israel*. New Brunswick: Rutgers University Press, 2010.

KAUTH, Daniela. O vírus procurado e o vírus adquirido: A construção da identidade entre mulheres portadoras do vírus da AIDS. *Revistas de Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 5, n. 2, 1997, p. 291-301.

_____. Subjetividade feminina e soropositividade. In: PARKER, Richard; BARBOSA, Regina (Orgs.). *Sexualidades pelo avesso: Direitos, identidades e poder*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; São Paulo: 34, 1999, p. 121-136.

MAHMOOD, Saba. Teoria feminista, agência e sujeito libertário: algumas reflexões sobre o revivalismo islâmico no Egito. *Revista Etnográfica*, Lisboa, v. 10, n. 1, 2006, p. 121-158.

MAUSS, Marcel. Uma categoria do espírito humano: A noção de pessoa, a de “eu”. In: MAUSS, Marcel, *Sociologia e Antropologia*, Cosac Naify, São Paulo, 2014.

MCCLINTOCK, Anne. *Couro imperial: raça, gênero e sexualidade no embate colonial*. Campinas/São Paulo: Editora da Unicamp, 2010.

MONTEIRO, Simone; VILLELA, Wilza. Forum on Stigma, discrimination, and health: polices and research challengers. Introduction. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, 2012, p. 161-163.

MONTEIRO, Simone; VILLELA, Wilza; FRAGA, Livia; SOARES, Priscila; PINHO, Adriana. The Dynamics of the production of AIDS-related stigma among pregnant women living with HIV/AIDS in Rio de Janeiro, Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 12, dezembro, 2016a, 1-11.

_____. Protection silence surrounding AIDS: reasons and implications of non-disclosure among pregnant women living with HIV in Rio de Janeiro (Brazil). *Global Public Helth*, v. 25, 2016b, 1-14.

NELVO, Romário V. *Tecendo Narrativas e Emoções: uma etnografia sobre trajetórias de mulheres com HIV/Aids*. Monografia em Ciências Sociais, Departamento de Ciências Sociais, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2017.

_____. Biomedicina, gestão do tratamento e desencantos: experiências de mulheres soropositivas no Rio de Janeiro. *Revista Equatorial*, Natal, 2017, v. 4, n. 7, p. 97-126.

_____. Mães com HIV e filhos sem HIV: Relações entre emoções, família e gênero. *Revista Brasileira de Sociologia da Emoção*, João Pessoa, v. 17, n. 51, p. 113-128, 2018.

RABELO, Miriam Cristina; ALVES, Paulo César; SOUZA, Iara Maria. *Experiência de doença e narrativa*. Rio de Janeiro: Fiocruz. 1999.

REZENDE, Claudia B. Em torno da Ansiedade: subjetividade, mudança e gravidez. *Interseções*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, 2012, p. 438-454.

SAHLINS, Marshall. What Kinship is (Part One). *Journal of the Royal Anthropological Institute*, v. 17, p. 2-19, 2011.

SILVA, N.; COUTO, M. Sorodiscordância para o HIV e a decisão de ter filhos: entre risco e estigma social. In: HEILBORN, M.; AQUINO, E.; BARBOSA, R.; BASTOS, F.; BERQUÓ, E.; ROHDEN, F, F. *Sexualidade, Reprodução e Saúde*. Rio de Janeiro: FGV, 2009.

STRATHERN, Marilyn. *Parentesco, Direito e o Inesperado: parentes são sempre uma surpresa*. São Paulo: Unesp, 2015.

_____. *After Nature: English Kinship in the late twentieth century*. Cambridge University Press, Cambridge, 1992.

TURNER, Victor. Floresta de símbolos: aspectos do ritual Ndembu. Niterói/Rio de Janeiro: Uff, 2005

_____. *O processo ritual: estrutura e antiestrutura*. Petrópolis/Rio de Janeiro: Vozes, 2013.

UNAIDS. *Um tratamento ambicioso para ajudar a acabar com a epidemia de Aids*. Brasília: Outubro, 2014.

VALLE, Carlos Guilherme O. Identidades, Doença e Organização Social. *Revista Horizontes Antropológicos*, Porto Alegre, ano 8 n.17, julho, 2002, p. 179-210.

_____. Corpo, Doença e Biomedicina: uma análise antropológica de práticas corporais e de tratamento entre pessoas com HIV/AIDS. *Revista Vivência*: Natal. n. 35, 2010, p. 33-51.

WHO. *The World health report: make every mother and child count*. Genebra, 2005.

_____. *Antirretroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infection in infants in resource-limited settings*. Genebra, 2006.

