

QUEM SOU EU PARA LHE FALAR ASSIM? A CONSTRUÇÃO DE “DISCURSOS DE SI” POR PESSOAS COM HIV E O LUGAR DO ANALISTA NA ENTREVISTA DISCURSIVA

WEDENCLEY ALVES SANTANA; STEPHANIE LYANIE MELO E COSTA

Universidade Federal de Juiz de Fora
Faculdade de Comunicação
Campus da UFJF, CEP:90403-000 - Juiz de Fora, MG – Brasil

wedenn@yahoo.com.br , lyanie@gmail.com

Resumo: O artigo traz reflexões sobre a prática analítica das entrevistas discursivas, a partir de um caso de pesquisa: a escuta de pessoas com HIV feita no âmbito da dissertação de mestrado de Melo e Costa (2014), defendida no programa de Pós-Graduação em Comunicação da UFJF. Originalmente, as entrevistas foram realizadas com o fim de confrontar sentidos produzidos entre soropositivos e aqueles das campanhas de prevenção, empreendidas por órgãos governamentais e organizações civis. Já o presente artigo desdobra questões que se estabeleceram no cerne daquela pesquisa: Quais os desafios e especificidades de uma *entrevista discursiva*, que em caráter é bem diferente em teor e procedimento daquilo que se pratica nas ciências sociais e ciências sociais aplicadas? Qual o lugar do analista na co-construção discursiva das reflexões do entrevistado? A entrevista ou escuta discursiva busca, em última instância, compreender como sujeitos (na função de entrevistados) filiam-se e se apropriam de discursos institucionalizados ou não, e os reproduzem ou deslocam, num processo contínuo de paráfrases e metaforizações. Mas, no acontecimento da entrevista, uma questão estrutural das condições de produção do discurso deve ser considerada: as formações imaginárias, que estabelecem lugares provisórios para cada interlocutor e que interfere diretamente na produção de sentidos.

Palavras-Chave: Entrevista. Discurso. Analista.

Abstract: This article reflects on the analytical practice of discursive interviews, from a case study: listening to people with HIV taken within the dissertation of de Melo and Costa (2014), defended the Graduate Program UFJF in Communication. Originally, the interviews were conducted in order to confront meanings produced between seropositive and those of prevention campaigns undertaken by governmental and civil organizations. Have this Article unfolds issues settled at the heart of that research: What are the challenges and specifics of a discursive interview, which is quite different in character and content of what procedure is practiced in the social sciences and applied social sciences? What is the role of the analyst in the discursive co-construction of the reflections of the interviewee? The discursive interview or listen seeks ultimately to understand how subjects

(in the role of interviewees) are affiliated and appropriating or not institutionalized discourses and reproduce them or moving in a continuous process and paraphrases of metaphors. But in the event of the interview, a structural question of the conditions of discourse production should be considered: the imaginary formations, which provide temporary seats for each party and that directly affects the production of meanings.

Keywords: Interview. Speech. Analyst.

1. Introdução

A produção de sentidos em esferas institucionalizadas, com alto grau de estabilização discursiva¹, confronta-se, no dia a dia, com resquícios e reminiscências de outros discursos institucionalizados, mas superados pela história, com fraturas e fissuras de discursividades outras que não aquelas previstas pela ação do Estado (religiosa, moral, estéticas etc.), frestas por onde ressoam crenças, mitos e saberes populares que desafiam os saberes legitimados academicamente e um intenso jogo de deslizamentos próprios aos discursos cotidianos.

Se, por um lado, a estabilização institucional se dá de certa forma pela formulação de protocolos de interpretação, desautorização de outros gestos de interpretação, e esfriamento dos afetos, ou mesmo na tentativa vã de disjunção entre sentidos e afetos, é na apropriação dos sentidos pelas “falas desorganizadas”, (ORLANDI, 2001, p. 11), o outro acesso ao político pela linguagem, que não o da argumentação, que testemunhamos os limites daquela estabilização. Isso vale tanto para os saberes biomédicos, jurídicos, científicos em geral etc.

No caso específico dos saberes legitimados da saúde, o que nos interessa particularmente neste artigo é que eles costumam não dar lugar às materializações dos afetos. E desalinham quando precisam passar pelo processo de “traduções” intermodais, como, por exemplo, no caso de serem veiculados em campanhas públicas, pois que, neste âmbito, são confrontados com a complexidade própria e a dinâmica topológica de sentidos que se tornam afetos e afetos que se materializam em discursos.

O discurso do saber, para se comunicar massivamente, se desestabiliza, abre brechas, sucumbe, faz chorar e sorrir, embora continue apegado à legitimação institucional. Enquanto a fala do médico é a fala legítima da saúde; a fala da campanha de saúde desliza no liame entre a autoridade e o jogo de sensações que procura produzir. Como não estamos no âmbito de significantes desencarnados, é preciso considerar efeitos de sentido, e efeitos de afeto, nas apreciações das relações entre campanhas oficiais e as leituras feitas, às vezes com sentimento e dor, por aqueles que, senão esquecidos, são ditos às margens.

¹ Remetemos aqui à discussão que Pêcheux (1997a) faz sobre os espaços logicamente estabilizados de produção discursiva, associando a eles o próprio fenômeno da institucionalização das esferas sociais, promovidas pela consolidação da sociedade de estado. Afinal a utopia do direito positivo, o formalismo das ciências biomédicas, a pretensão racionalista das ações da burocracia, acabam por simular um mundo semanticamente normalizado.

O presente artigo é fruto da pesquisa de mestrado de Melo e Costa (2014)², com reflexões suscitadas posteriormente a partir de re-escutas das entrevistas feitas pela autora com soropositivos. Desta feita, trata-se de compreender o próprio processo de escuta discursiva, e não mais para confrontá-la com campanhas de saúde contra o HIV, o que foi o objetivo maior da pesquisa já concluída. Processo este que, tenta, por um lado, entender como aqueles sujeitos, em suas filiações, apropriam-se dos discursos institucionalizados (geralmente, de ordem médica) e os fazem confrontar-se com sentidos outros quase nunca “ouvidos”, quase nunca considerados na formulação das campanhas de saúde. Processo de escuta que, ainda, e por outro lado, busca refletir sobre o lugar do analista na co-construção discursiva (GUILHAUMOU, 2007)³ das reflexões do depoente e, de certa forma, sobre os desafios e especificidades de uma *entrevista discursiva*, bem diferente em teor e procedimento daquilo que se pratica nas ciências sociais e ciências sociais aplicadas.

2. Não são informantes

Já num primeiro momento, ir às ruas empreender escutas discursivas não é o mesmo que fazer entrevistas com informantes, o que desestabiliza bastante as divisões próprias às abordagens qualitativas tradicionais, como entrevistas em profundidade, enquetes, questionários abertos, semi-estruturados e estruturados (cf. FLICK, 2009, sobre “dados verbais”). Não se trata tanto de ouvir para saber, de estabelecer um ponto preciso entre sujeito-objeto-de escuta e sujeito-entrevistador ou de coletar dados. Trata-se, antes, de tentar compreender o funcionamento de discursos, a atualização de memória, acontecimentos que irrompem e, por isso mesmo, produzem deslocamentos sobre as identificações de quem se dispõe a escutar. Se, discursivamente, dizer é dizer de si em movimento, ouvir, por correspondência, é também permitir-se deslocar nas/das filiações prévias ocupadas pelo analista.

Não se trata de apurar dados, portanto, visto que o analista estará no lugar de se confrontar com fatos discursivos, construídos em relação à sua própria presença. É a dupla corporeidade de voz e gestos entre interlocutores que vai constituir o produto da escuta, embora assumam, analista e entrevista, funções distintas nesta prática de linguagem, a entrevista.

Cumpramos aqui às reflexões de Pêcheux (1993) sobre as condições de produção do discurso, válidas evidentemente também para o processo de escuta empreendido pelo analista. Pêcheux observa que, à ocasião de suas primeiras proposições sobre uma análise do discurso, vigorava dois esquemas de compreensão do comportamento linguístico em geral: o reacional, derivado das teorias psicofisiológicas – e, acrescentamos, de base behaviorista – e o informacional, derivado das teorias sociológicas e psicossociológicas da comunicação. O primeiro, baseado na relação

² Defendida no Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Comunicação da Universidade Federal de Juiz de Fora, sob orientação de Wedenley Alves.

³ Usamos aqui o termo de “co-construção discursiva” inspirados em Guilhaumou. Este mostra a diferença entre uma entrevista sociológica típica e uma entrevista discursiva: “A razão sociológica define o próprio pesquisador como um produto da história observada, na sua posição de co-autor apreendido pelo encontro com o Outro. A razão discursiva introduz-nos, por sua parte, numa ‘história de vida’, na qual o observador entrevistador tem sua parte de co-ator, exercendo, portanto, diretamente sua responsabilidade no que faz sentido no interior da ‘história de vida’” (2007). Ao longo do artigo vamos avançar um pouco mais nesta questão, mas por outras vias conceituais.

estímulo-resposta, e o segundo traduzido pela relação emissor-mensagem-receptor (numa dada interlocução entre A e B).

Aos dois, Pêcheux contrapõe o fato de que, numa teoria sociológica, os elementos A e B designariam não a presença física de organismos físicos ou individuais, mas “lugares determinados na estrutura de uma formação social” (PÊCHEUX, 1993, p. 83). Mais além, para uma teoria discursiva, o que está em jogo são as representações destes lugares:

Em outros termos, o que funciona nos processos discursivos é uma série de formações imaginárias que designam o lugar que A e B se atribuem cada um a *si* e ao *outro*, a imagem que eles se fazem de seu próprio lugar e do lugar do outro. Se assim ocorre, existem nos mecanismos de qualquer formação social regras de projeção, que estabelecem as relações entre as situações (objetivamente definíveis) e as posições (representações dessas situações) (PÊCHEUX, 1993, p.82).

Estariam em jogo em todo e qualquer processo discursivo a seguintes formações imaginárias:

IA(A): Imagem do lugar de A para o sujeito colocado em A - Quem sou eu para lhe falar assim?

IA(B): Imagem do lugar de B para o sujeito colocado em A - Quem é ele para que eu lhe fale assim?

IB(B): Imagem do lugar de B para o sujeito colocado em B - Quem sou eu para que ele me fale assim?

IB(A): Imagem do lugar de A para o sujeito colocado em B - Quem é ele para que me fale assim?

Em que os interlocutores fazem projeções sobre si e sobre o outro, e a partir destas projeções constituem suas relações de sentido, e se posicionam nestas relações. É preciso não confundir a formulação pecheutiana com qualquer vocação interacionista: não se trata de um *eu* (nem um *self*, como na terminologia anglo-saxônica) pré-constituído num jogo de negociação de sentido com o *outro*. Não há uma externalidade entre o sujeito e o discurso. As formações imaginárias em questão são fruto “de processos discursivos anteriores que deixaram de funcionar, mas que deram nascimento a ‘tomadas de posição’ implícitas que asseguram a possibilidade do processo discursivo em foco (PÊCHEUX, 1993, p. 85).

As mesmas projeções são observadas sobre o “referente”, o “contexto”, a “situação”, vistos não mais, na teoria do discurso, como uma realidade física, mas um *objeto imaginário*, ou, um objeto constituído no processo discursivo.

Nas entrevistas feitas com pessoas diagnosticadas com HIV, o que temos é um jogo de formações imaginárias que constituem as relações entre entrevistador e

entrevistado, que tiveram como resultado a co-construção de objetos de discursos: a saúde e a doença, a vida e a morte, o corpo e os afetos, a esperança e a resiliência.

Nesse processo, os interlocutores experimentam deslizamentos, metaforizações dos próprios sentidos formulados anteriormente, deslocamentos de suas filiações. E o que escutamos é o resultado de uma cena, de um *theatrum discursivus*, em que sujeitos, continuamente, se perguntam “quem sou para lhe falar assim” e “quem é ele para que eu lhe fale assim” (A -> B), na função de entrevistados, e “quem sou eu para que ele me fale assim” e “quem é ele para que me fale assim” (B -> A)⁴, na função de entrevistador.

É importante observar que compreender as resistências, os contradiscursos às campanhas públicas de saúde, como foi o primeiro objetivo desta pesquisa, não teve qualquer função “terapêutica” ou não está a serviço, à priori, de qualquer pretensão normatizadora. Não é compreender “porque as pessoas resistem para que melhor sejam adaptadas, adequadas, ajustadas”, mas, sim, entender como funcionam estes discursos de resistência, que outros sentidos possíveis são ignorados pelas campanhas e políticas públicas de saúde. O que se fará com isso, é outra história, que transcende o movimento próprio do analista que se lança à escuta.

Durante a pesquisa de mestrado, foram entrevistadas quatro pessoas, que já tiveram diagnosticada a infecção pelo vírus do HIV. Nesta análise, trouxemos dois dos depoimentos, ou das interlocuções. As entrevistas resultaram em cerca de 100 laudas de transcrição fiel às marcas linguísticas tanto do entrevistado quanto do entrevistador. Pelo exíguo espaço de um artigo, podemos extrair lexemas, segmentos de textos pequenos ou de média extensão, nem sempre coincidente com um período ou parágrafo, visto que o objetivo era apreender enunciados, textualizados ou não (daí a atenção às pausas, aos elementos infra-linguísticos, aos gestos e olhares). A decisão do recorte de segmentos textuais ou não em enunciados (qualquer que seja a extensão deles) cabe ao analista, desde que seja uma decisão fundamentada por uma coerente estratégia analítica.

Numa entrevista discursiva, pessoas e indivíduos ocupam posições-sujeito, e desta posição atualizam formações discursivas, coincidentes ou mesmo antagônicas, que, no todo, constituem o tecido, a trama da memória discursiva. É em busca desta memória discursiva - e, em particular, das formações discursivas ocupadas pelo sujeito - que parte o analista. Sabendo que, no entanto, como dito acima, o jogo das projeções imaginárias marca indelevelmente as antecipações e respostas na interlocução.

● **A entrevista é ela própria o processo discursivo a ser analisado.** Embora tenha objetivos específicos: como pessoas entrevistadas mobilizam sentidos sobre seu corpo,

⁴ Em que as setas representariam o desejo do analista (B) e a demanda por vocalização do sujeito de escuta (A). Mesmo que a Linguística tenha operado a passagem da função ao funcionamento, e deste deslocamento herdamos a preocupação com o funcionamento do discurso, não custa lembrar a questão posta por Pêcheux para a definição de corpus não institucionalizado por uma semiologia científica. Se, por um lado, diante de uma análise documental, como de papéis jurídicos, estará ali já constituído o objeto empírico, o que acontecerá em casos em que a institucionalização do corpus não se dera previamente? E, nos perguntamos, em que sentido, ainda que com objetivos completamente diferentes, o processo de escuta não está atravessada pelo desejo do analista, como Pêcheux reconheceu para a Psicanálise (1993, p. 159), embora não tenhamos a figura “do analisado”. Deixo esta discussão em aberto.

sobre a doença, sobre a sexualidade, sobre a AIDS em oposição ou paráfrase àqueles sentidos mobilizados pelas campanhas institucionais.

A entrevista foi feita em julho de 2013. Dificilmente, não estaríamos sujeitos a novos acontecimentos discursivos, caso encontrássemos de novo os interlocutores. Afinal, ninguém pode se banhar nas mesmas águas do rio duas vezes.

3. *Eu morrei...onze anos no Brasil*

Como dito acima, trazemos para este artigo dois entrevistados, identificados com suas iniciais: G e J⁵. Começaremos a análise pelo depoente J., um transexual, com suas constantes referências à família e, pelo menos uma vez e de forma enfática, à violência e à sensação a ela vinculada de medo.

Como visto também com outros dois entrevistados, A. e F. (MELLO E COSTA, 2014) o momento da descoberta do status sorológico positivo é, muitas vezes, surpreendente. Ele remete a um ponto de inflexão na vida, a uma desconstrução de sentidos anteriores, à polissemia de sujeito-sentido, e à chegada quase inevitável do significante “morte” a costurar os discursos de si, a partir do diagnóstico.

O discurso materializa-se como narrativa, e o ponto de inflexão é, não podemos desconsiderar, produzido aquém e além da pergunta estimuladora da entrevista (“quando/como você soube?”), mas que nela se ancora, se encadeia, tornando-a fato discursivo anterior à sua própria formulação. O que a questão de estímulo à narrativa traz à tona é o acontecimento discursivo de uma memória que é atualizada na interlocução, mas que está ali presente, porque ela própria é fundamente do sujeito-sentido, do sujeito com HIV.

Em J. isso é particularmente significativo, pois passa a construir um processo de re-identificação, em que aquele sujeito está marcado por uma nova biodentidade⁶: a de alguém com o HIV – assinalado hoje no discurso institucional por uma sigla: PVHA.

J. encadeia na textualidade oral, já no início da entrevista, o significante “morte” e variantes lexicais, que aparecem de duas formas: tanto em uma sequência de um discurso crítico à voz de uma autoridade médica (marcando o distanciamento do sujeito J. de uma avaliação do médico que ele julga precipitada) quanto pela retomada da palavra no discurso com grande carga afetiva dirigido à família. É notável como estas duas sequências discursivas se encadeiam, sem pausa para mudança temática:

J: Aí depois que eu fiquei sabendo que eu adoeci, sem saber (...) Aí quando eu descobri já... já tinha passado um tempo, sabe? Aí... *aí o médico falou que eu ia morrer em seis meses...* o médico brasileiro que tinha lá, sabe? Porque lá tinha médico francês, italiano, inglês... e ... marroquino. E o médico brasileiro falou “vai morrer em seis meses”. Mas o médico inglês falou que eu... não ia, não ia morrer não. [inaudível], num sei se ele tá lá ainda. Se eu

⁵ A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFJF, em 27/11/2012, sob o parecer de número 155.713.

⁶ Sempre lembrando que, neste texto, o conceito de biodentidade estão sendo reapropriados pelo ponto de vista analítico discursivo. Levamos em conta o fato de os sujeitos serem atravessados por discursos (por vezes contraditórios), estarem inseridos em certas relações de forças e de sentido e marcados por deslocamentos e metaforizações. A visada discursiva, portanto, afasta-se de qualquer concepção essencialista sobre identidades e, ato contínuo, sobre biodentidades.

me cuidar direitinho, tomar remédio e as coisa, sabe? *Aí vim embora pra cá morrer com a mãe e o pai né? Comprei um túmulo pra morrer também... e fiz pro pai e a mãe, irmão junto, entendeu?* Pra família tudo que eu fiz, entendeu? *Aí acabou que enterrou a mãe embaixo, o pai em cima e... e eu ia com a minha mãe, que eu pedi [inaudível], sabe por quê? Quando eu morrer, tirar o ossinho da minha mãe do canto do do... botar no saquinho... botar no saquinho dentro, e meu caixão ali juntinho, entendeu? Que o túmulo da mãe é só pra mim, as irmã tudo não é não, ninguém vai lá não. Só meu, pra mim, entendeu? (...)* Eu não quero que põe ninguém...Depois de mim, pode se [inaudível], põem quem quiser. Mas enquanto ainda tô ainda tô eu em vida aí, tem que ser eu com a minha mãe, entendeu?

O discurso afetivo de base familiar acompanha o entrevistado J., com o detalhamento (que se dá como retomada da palavra a partir de uma sequência discursiva formulada pelo entrevistador) sobre como gostaria de ser “sepultado” junto à família. E ele ressurgiu na gratidão pelo apoio que recebeu do irmão mais velho. Este discurso, que põe em relação sujeito/família, não é tão enfatizado por campanhas públicas. Já a relação sujeito/morte deixou de ser enfatizada na história das campanhas nacionais, oscilando entre maior e menor remissão.

J. é soropositivo há mais de uma década, e testemunhou campanhas públicas que remetiam ao risco de morte. A questão é sempre como o sujeito mobiliza este sentido. De um lado, J. não associa morte ao discurso do médico, mas àquilo que remete a uma experiência familiar, tanto no cuidado (por parte do irmão) quanto em uma antecipação do que poderia vir a acontecer.

Vale ressaltar que J. atribuiu como sendo Aids a doença que acometeu seu irmão, também transexual, em 1978, quando o HIV não havia sido descoberto ainda. Mas o acontecimento familiar, fictício ou não, mas sempre um objeto de discurso, de discurso empreendido diante do outro entrevistador, que busca no desejo de escuta deste outro a motivação para a construção de uma narrativa coerente, de aspectos trágicos, que se inicia com o irmão e termina com os pais mortos, e passa por ele como a própria morte em vida.

No caso de J., a revelação de que havia se contaminado deu-se nesta última década. De qualquer forma, essa experiência familiar anterior, no entanto, não significa necessariamente uma continuidade sem nuances da narrativa dramática familiar. Há um ponto de ruptura, quando J. insere no discurso a ação de políticas públicas de distribuição de medicamentos.

J: E na época [do meu irmão] não tinha recurso ainda, sabe? Tinha que comprar remédio, tomar remédio... porque não tinha remédio [grátis] ainda, tinha que comprar remédio. Era quase mil reais de remédio, só de remédio. Esse aí que eu tomo agora, quase mil reais de remédio que tinha que comprar! Hoje a gente tem remédio de graça no SAE, entendeu?

Um aporte conceitual passa a ser importante neste momento. Na análise de discurso, o sujeito do discurso assume uma série de compromissos sintáticos, que remetem a escolhas semânticas, operadas no processo de significação, a partir de um ponto de fixação na memória discursiva (ou interdiscurso).

Nem o sujeito é o constituinte do discurso, ao qual se filia (a posição que ocupa em uma certa formação discursiva), nem a combinação sintagmática é gratuita, sem consequências discursivas. O interdiscurso atravessa e recompõe o intradiscurso, que é a própria formulação do falante. A textualização é tanto um processo de atualização constante de uma memória discursiva, quanto de deslocamentos operados a partir de como o sujeito assume esta posição: “Pode-se dizer que o intradiscurso, enquanto ‘fio do discurso’ do sujeito é, a rigor, um efeito do interdiscurso sobre si mesmo, uma ‘interioridade’ inteiramente determinada como tal ‘do exterior’” (PÊCHEUX, 1997b, p. 167).

Na ordenação acima – um tanto por conta da co-construção discursiva entre entrevistado e entrevistadora, mas também por conta de como o entrevistado, sujeito do discurso, constitui-se enquanto diz – fica fácil perceber como J. vai buscando e combinando na sua fala os elementos de uma memória discursiva sobre morte e família, para construir sua própria sintaxe da experiência vivida com a contaminação. Da mesma forma, a entrada em cena de um efeito da política pública de distribuição de antirretrovirais marca uma modulação entre a experiência com a Aids vivenciada pelo irmão e aquela vivenciada pelo próprio J.

A descoberta da contaminação é outro momento de clivagem que marca a fala de J. Discursivamente, talvez não tenha importância uma certa confusão de datas e sequências temporais, constatável na fala do entrevistado. Depois de J. remeter novamente ao fato de o médico brasileiro na Itália ter previsto sua morte em seis meses, ele tenta definir qual o tempo em que adquiriu o vírus. E associa a contaminação a uma pessoa com quem teve um relacionamento por onze anos.

Curiosamente, na sequência, apesar do apelo da entrevistadora, ou justamente em uma reação a este apelo, J. evita reafirmar a suspeita, em uma atitude de preservação do outro. “Não importa com quem pegou”, demonstrando sentimento de solidariedade, mas também associando a relação à falta de cuidado.

Na sequência, mantivemos o diálogo, que entrelaça as falas de entrevistado (J) e entrevistadora (S), que estabelece certa continuidade intradiscurso, a partir da solidariedade e pontos de deriva de uma memória que vai se compartilhando:

J: E nove, 12, dezenove anos já que eu tô assim. Que quando eu descobri eram dez anos que eu tinha a doença, agora são mais nove que eu fiquei assim. Então, dezenove anos então, né?/ S: Quando que cê...cê... quando cê foi pra Itália?/ J: Eu fui em 2002./ S: Que foi quando teve... que você passou mal no voo?/ J: Não, aí, dois mil, 2006 eu passei mal no voo, 2006/ S: Ah, cê foi em 2006 cê passou mal/ J: Porque.../ S: Só em 2006, que depois que cê passou mal no voo, que cê descobriu que você tinha Aids/ J: Que eu descobri a doença... é, eu não sabia não/ S: Mas aí, cê sabe como que você contraiu a doença?/ J: Não, sabe por quê? *Eu morrei* on... onze anos aqui no Brasil com um colega meu que era da polícia, da ROTAN, sabe? [inaudível], entendeu? ai não sei... na época a gente não usava camisinha nenhuma, sabe?/ S: uhum/ J: Aí eu acho que pequei f...eu passei pra ele ou ele pegou de mim/ S: Não sabe / J: Não sei. O negócio é cuidar, sabe? Não importa quem pegou, porque pra mim não tem importância. O que importa é que cuidar, entendeu? Mas eu morei com ele onze anos da minha vida... Foi daqui, no Brasil (...) Onze anos juntos. Ele era polícia militar na ROTAN, sabe? Faleceu já. Fez... fez um ano que ele faleceu já. Tem um ano que faleceu, pouco tempo já.

J. silencia para a entrevistadora sobre seu ex-companheiro da ROTAN, e não volta mais a referenciá-lo em sua narrativa. Rejeita, portanto, dar a saber o papel deste companheiro na sua narrativa de vida. Autoriza-se a guardá-lo, entre sentidos e afetos, para si. Imediatamente, no entanto, como dizer para não dizer, ele passa a se referir a uma outra pessoa, que conheceu na Itália e que se prestou a cuidar dele no momento de maior necessidade.

O discurso da culpa e da relação de culpa entre parceiros é outra ausência das campanhas e das falas públicas de médicos sobre a experiência dos soropositivos. É difícil especificar que efeitos teria sobre políticas públicas se o assunto fosse nelas abordado. De qualquer forma, é uma dimensão constitutiva, ainda que silenciada, ou por isso mesmo, do discurso de J. e não é tão difícil imaginar, na medida em que é uma formação discursiva identificada, um lugar de interpretação, que outros sujeitos também com ela se identifiquem.

Num certo momento, dois significantes se confundem morfologicamente morei/morri na fala de J., equívoco que aponta novamente para a experiência da morte inserida na vida com HIV, como já afirmado mais acima. Que se segue, de alguma forma, a um misto de sentimento de desamparo e conforto religioso:

J: É. E hoje quem me ajuda é Deus. Deus é o homem que me ajuda aqui agora. (...)

J: ... tenho medo de cair no chão, que... quebrar e se me cortar? Quem vai querer cuidar de mim? [inaudível] ajudei tanta gente, aí vê...aí vê a gente com sangue assim, medo de pegar doença, entendeu? Aí eles têm medo, né? Aí meus copos são de plástico em casa, lá em casa é tudo de plástico [inaudível], se cair no chão, só [inaudível], não quebra, né?, não me corta também. Ou se eu cair e machucar também, né?

S: E você mora sozinha J./? J: Eu e Deus.

“Eu e Deus”. Não se responde à pergunta sobre a solidão atual. Recorre-se à fórmula popular, que neste momento adquire valor de queixa e resiliência, que, no entanto, não o afasta de temores. O sentimento de medo comparece à entrevista, sem que tenha sido convocada pela entrevistadora. O preconceito sofrido tem um valor muito acentuado para J., a ponto de ele evitar comentários sobre a doença com a vizinhança.

J: Sabe por quê? [porque não comenta com as pessoas que é soropositivo] Porque uma vez eu saí com muitos rapazes lá em cima sem saber que eu tava doente, né? Às vezes eu passei pra alguém lá e não sei também, né? Ou se passou pra mim alguma coisa também, né? Também não sei, né? Aí eu tenho medo/ S: Você também tem medo/ J: Ah, eu tenho medo se eles ficar sabendo lá que eu tô assim, e querer me matar lá dentro de casa, eu fico sozinha lá dentro, eles mata eu lá.

J. insere, no diálogo, uma questão absolutamente silenciada em campanhas públicas: o medo de ser perseguido, o medo da violência. J. sabe que a pesquisa confrontava discursos de soropositivos e campanhas. Não faz referência, no entanto, às campanhas para reafirmar seus temores. Demanda?

Geralmente, quando o tema do preconceito aparece em campanhas, é significado como “esquecimento”, como não-apoio, ou afastamento. Ora, J. evoca um problema grave, principalmente em espaços de sociabilidade em que a violência, sobretudo contra o homossexual, acaba sendo bastante acentuada. A associação entre preconceito e violência – física e com consequências letais – contra PHVAs não vem sendo abordada a contento pelas campanhas. Vocalizando um não dito, é J. que “informa” à sociedade sobre este temor entre os soropositivos, que o faz manter o máximo de sigilo, inclusive com relação a outros familiares.

O medo de sofrer violência, por conta das relações com outras pessoas, vem carregado também de um reconhecimento no discurso da culpa. Isso mostra que, talvez, as campanhas não estejam contemplando suficientemente esta percepção, ou ainda estejam, mesmo menos do que antes, significando a doença com o afeto da culpa. Esta mudança na culpabilização do doente - atenuada, mas não superada - é que talvez venha produzir discurso de ambiguidade, entre o sentido dotado de moralismo e uma tentativa de desdizê-lo; entre um discurso reativo e, outras vezes, resignado.

J: Porque a gente não usava camisinha nenhuma, porque eu era promíscua mesmo, entendeu? Eu tenho outro [parceiro sexual] que morreu também com Aids também, da polícia, também é por isso, porque eu sei que fui promíscua também. A gente usava... porque a gente usava camisinha depois de 85 pra cá, quando começou a sair as coisas, informação./ S: Só de 85 pra cá./ J: Pra cá é que nós começamos a usar, entendeu? Porque antes disso, minha filha, não usava não. (...) Ó, já até já morreu dois rapazes lá em cima, também, um morreu, o outro morreu também, com a minha doença, a mesma doença também, sabe? Que a gente já foi, já ficou também uma vez, sabe? Não sei se ele que passou pra mim ou se foi eu que passei pra ele alguma coisa, né? Agora, quem passou quem não passou, minha filha, não quero saber não. Quero saber é de mim agora, entendeu? / S: Você agora só quer se cuidar, né?/ J: Cuidar agora.../ S: Não importa quem passou.../ J: Não importa não. Uai, vai saber quem passou pra mim ou que passei pra ele! Do que vai adiantar? *Não vai trazer de volta a gente, né?* E eu uma coisa que eu mais mais triste que eu tenho na minha vida que é eu não poder fazer o que eu fazia antigamente, entendeu? Eu queria tanto trabalhar, ganhar meu dinheirinho com meu trabalho de faxina.

Nas sequências discursivas compartilhadas entre S. e J., sobressai-se um enunciado bastante sintomático deste ponto de clivagem da vida de J.: “De que vai adiantar? Não vai trazer de volta a gente, né?”, demanda o entrevistado por uma resposta silenciada pela pesquisadora: trazer de volta de onde? E para onde?

4. Eu sou de dezembro, meu signo é sonhador

Já na narrativa do entrevistado G., o significante “família” entra discursivamente como uma não-presença, ou um distanciamento necessário para sua realização como sujeito. Segue-se, então, um discurso de auto-determinação por quase toda a entrevista. É curioso que, ao contrário de J., não é no apoio das pessoas com quem se relacionou, ou de familiares, que G. vai buscar modos de superação dos efeitos que o vírus trouxe. É um outro discurso sobre o corpo e a doença, em que o significante “morte” pouco comparece. Também não há um discurso de medo, nem da violência, nem da solidão. G. revela uma outra formação discursiva, que não passa pelos discursos dominantes nas

campanhas, nem daqueles que se estabelecem a partir de um ponto de inflexão decisivo na direção de uma letalidade inevitável.

Em certo momento da entrevista, sem revelar explicitamente, G. questiona a entrevistadora se ela tinha entendido o sentido da *opção* pessoal dele. Desconstrói um pressuposto, que não está na língua, nem é matéria lógica, mas é efeito de interdiscurso. O que G. faz é trazer a pesquisadora para dentro de uma memória discursiva que encontra curso na superfície discursiva da fala. Passa, então, a reafirmar o sentido de sua sexualidade, a partir do momento em que desconfia que a sua própria narrativa estava se tornando “incoerente”. G., então, conta a conversa que teve com a mulher com quem morava, teatralizando o próprio diálogo que manteve no momento em que disse que iria sair de casa, por conta da insatisfação sexual.

G. Entendeu? Eu quero que você entenda isso. Ela não quis entender, ela não entendeu. Ela não entendeu; por que que ela não entendeu? Porque não não tinha motivo! Eu, eu tin...eu tinha motivo, eu tinha motivo! No meu interior eu tinha motivo, só que ela não sabia o meu interior, ela não sabia a minha pessoa, ela não conviveu comigo desde a adolescência. Ela me conheceu ali, ó, já me conheceu com 18 anos. Entendeu? (...) Eu não deixei claro pra ela, porque eu não tive coragem. Porque, se eu falasse isso, eu sabia como é que era ela, eu convivi nesses dois anos, não é dois dias, a gente sente, você sabe como que é a pessoa. Eu não quis, portanto, que até hoje eu escondi totalmente; ela não sabe, eu tenho contato com ela por telefone, ela me liga, eu ligo pra ela. Só que eu nunca falei pra ela qual o motivo, e ela está até hoje sem saber qual o motivo, porque eu não dei o motivo pra ela.

G. é *pizzaiolo*, quer montar uma pizzeria, quer voltar a trabalhar. O trabalho, tanto quanto o lazer, ocupam, em sua narrativa, lugares de articulação da própria vida. G. associa intensidade de trabalho e de lazer ou vida amorosa, sem que isso possa parecer qualquer contradição em seu discurso. Na sequência, isso fica claro à medida que ele transita do trabalho à vida amorosa:

G: Agora eu pretendo em dezembro voltar a minha ativa tudo de novo, ativa. Porque eu adoro a minha profissão, eu sou apaixonado na minha profissão. Se eu tiver se eu tiver algum problema financeiro, doméstico, ou amoroso com alguém, eu vou pra trabalhar; aquilo sai meu estresse tudo, porque eu adoro trabalhar, eu adoro a minha profissão, eu adoro fazer o que eu faço, e eu faço muito bem, porque eu sou muito conhecido, todo mundo me conhece. Entendeu? No mercado de trabalho eu sou muito, eu tenho muito valor, o pessoal (...) até já tive vários convite pra trabalhar. Então eu gosto de trabalhar, eu não gosto de ficar em casa. Pode estar fazendo chuva, fazendo sol, eu saio de casa, estou saindo de casa. E por enquanto a minha vida amorosa tá... porque eu larguei, larguei, durante 2 meses 2 meses eu fiquei com três pessoas diferentes, de idade diferente, signo diferente, jeito diferente, entendeu? Amar e gostar diferente.

O evidente descolamento de G. com relação às campanhas de disciplinamento, no entanto, não oferecerá uma resistência insuperável para qualquer política pública. É no aconselhamento de um relacionamento atual que ele vai encontrar motivos para se deter diante do sentimento de urgência de vida. Mas não para não vivê-la plenamente, mas para valorizá-la ainda mais. É um discurso de auto-convencimento, e de convencimento da entrevistadora, numa tensão dramática entre prazer e renúncia, que o verbo *tentar* acaba denunciando. A “doença” – tanto quanto o lazer, a relação amorosa e

o trabalho - passa a ser um lugar simbólico de urgência ainda maior de valorização da vida:

G. Só que agora eu tenho que... ele [o parceiro afetivo] já me deu conselho, que não é pra mim viver aquela vida que eu vivia, que ele sabia, ele sabia da vida que eu vivia. Então agora ele falou pra mim “tem que dar um tempo, dá um tempo”. Porque eu vivia trocando de parceiro, antes eu era muito ativo. Eu, pra mim, se eu saísse na esquina, na padaria, pra comprar o pão, se tivesse namorando e tivesse outra, me visse outra pessoa na minha frente que me interessasse, se me desse bola pra mim, desse alguma coisa pra mim, eu tava em cima, eu não queria nem saber. Eu não queria saber se tava com alguém, se ia sofrer, se não ia sofrer, eu não queria nem saber. Entendeu? Agora é diferente, agora eu tenho... agora eu tenho que tentar, não é me prejudicar não, eu tenho que tentar. Não fazer mais o que eu fazia, porque eu tava, tava demais, eu tava demais da conta. Eu acho que essa doença veio pra mim dar valor a minha vida, que é uma coisa tão gostosa, estar aqui com você, com você conversando. *Olha aí que dia maravilhoso que está lá fora*, daqui a pouco eu tô saindo, vou pra casa, um restaurante, jantar, e fazer outras coisa... Então, isso eu tava me perdendo, eu tava só me emburacando só naquilo. Eu não tava vendo que eu tava fazendo coisa errada, eu estava transando, tendo relações sexuais com homem, com mulher, sem preservativo, sem camisinha, sem nada. Entendeu? Eu não sabia, eu não sabia, eu num tenho instrução pra saber que a doença que tá aí no mundo, não é só eu não. É a pesquisa agora: é sete milhões de pessoas que tão infectada. Eu não sabia que era tão... não é ela, a doença própria, que todo mundo tem, é a secundária. Porque todas as pessoas que são soropositivos têm uma secundária. As secundárias são, é, as secundárias são perigosas.

Convocada a olhar o “dia maravilhoso que está fazendo lá fora”, a entrevistada é trazida para o espaço cotidiano, desfazendo a distância daquela corporeidade acadêmica, distanciada, que, aparentemente, G. rejeita, projetando assim sua interlocutora num outro lugar.

A “doença” também foi o lugar simbólico de reaproximação com a família. G. lança-se a reproduzir, aparentemente com alguma fidelidade, o que ouviu da mãe, que se afasta de um discurso moral, apenas fazendo referência à alguma indisciplina de G. e falta de amarras. Ela comenta que todas as irmãs dele sabem do que aconteceu. Em certo momento, a interlocutora é eclipsada, como se saísse de cena. Outro palco se estabelece. A conversa entre G. e a mãe retoma corpo. É a memória fazendo-se acontecimento:

G. Aí depois eu liguei pra minha mãe, aí ela me falou, ela me falou, ela não me falou direto não, ela me falou assim “Ô, meu filho, deixa eu te falar uma coisa, eu sei a doença que você tá. Só que eu não quero que você se preocupe, porque eu não sei como é que tá a sua cabeça, eu não tô te acompanhando o seu tratamento, também eu não entendo muito não, eu não entendo. Mas aqui, do lado da minha casa, tem um amigo meu, que até você conhece ele, que ele vive muito bem, ele aind... ele trabalha, ele faz os poste, ele tem família, ele tem uma vida muito boa. Então agora, a partir desse momento... Você pegou, isso sem dúvida nenhuma você pega, você pegou. Por que você pegou? Porque você não se tratou. Eu não vou te julgar não, porque todo mundo tem um erro; eu tenho erro, seu pai tem um erro, seus irmãos têm um erro deles. Então você não é santo também, eu também não sou santa... Então eu não tenho nada a ver com a sua vida. Só que agora, a partir desse momento, eu quero que você se cuide, que você se cuide, porque

você não se cuidou, e eu não estava aí pra pra te falar, pra te dar conselho. Por isso que isso aconteceu com você (...) Mas eu mas mas mas eu num eu num vou te julgar nada, nada, nada. Você tem 44 ano, você sabe o que você quer, você sabe o que você é. Não adianta eu falar pra você 'não'! 'Você vai arranjar uma mulher e casa, e tem filhos'. Não, não precisa não. Você não quer, ué! Como é que eu vou te insistir uma coisa que você não quer? É igual eu, eu não gosto de leite, seu pai fica insistindo pra mim tomar leite, mas eu não gosto de leite. Não, então cada um tem o seu gosto”

G. conta que resistiu a fazer os exames, porque já desconfiava de que pudesse estar contaminado. Depois da hesitação, acabou sendo diagnosticado como soropositivo. Ele não esconde que o resultado foi “uma coisa deprimente, depressiva”. Porém, depois de certo tempo, convenceu-se de que era “apenas um vírus e num (...) ele não é mortal”. Ele sabe que precisa se cuidar e reafirma a preocupação com as “doenças secundárias”. Diz, com certo orgulho, que se sente muito bem, apesar de o vírus mexer com todo “o sistema do seu corpo, todos os músculos, mental, físico, sangue, tudo, inteligência”.

G. vai aderir ao discurso da prevenção por aconselhamento de uma pessoa com quem vive, e pelo medo de trazer problemas para ela. É por este caminho que o discurso biomédico consegue chegar:

G.: Agora eu sou obrigado a usar camisinha, porque se eu não usar camisinha eu tô, eu vou ficar com sentimento de culpa porque eu não sei se a pessoa que eu tô com ela, se tá ou não tá [com HIV]. E mesmo que se tiver, eu tô aumentando o vírus dela, ela pode estar aumentando o meu, e isso pode acarretar vários tipos de problemas gravíssimos. Que os médicos me falaram, entendeu?, a minha infec... a minha infectologista, a Doutora Cristiane, já me falou “G., você não pode transar sem camisinha, porque uma pessoa, você não sabe a carga viral da pessoa, e a sua carga viral. Você não pode. Usa camisinha. Entendeu? Mesmo que você não goste, mas tem que usar camisinha.” Nós estamos sentindo muito bem com camisinha, graças a Deus, estamos sentindo muito bem.

G. afasta-se da igreja evangélica, onde chegou a ser pastor, para não “dar o que falar”, e se aproxima do catolicismo. O discurso religioso opera neste momento, confortando-o naquilo que ainda escapa ao seu próprio discurso de auto-determinação. Discurso religioso absolutamente incompatível com aquele outro hegemônico: o biomédico.

G. É. Sou católico, tô muito bem, tenho meu dia, porque eu rezo toda noite, entendeu? E Deus, assim, eu sei, eu sei e sinto que Deus está do meu lado, porque tudo o que eu peço, e tudo o que eu já pedi nessa vida, nesses 44 anos de vida, eu fui ajudado. Ele me escuta. Todo dia, Ele me escuta. Mas também uma reza, uma oraçãozinha, e depois quando eu levanto, que eu acordo, que eu saio pra rua, eu rezo uma oraçãozinha. Eu tenho um livro de segunda, uma oração, de segunda a domingo, e vai passando, vai modificando. Chama-se Livro dos Dias Trinta, cada dia lê uma. Então aquela satisfação, das palavras muito boas, muito forte. E além das minhas outras orações que eu faço pra Deus. Entendeu?

G. conta que nunca se prendeu por uma vida muito regrada ou a alguém. Mobiliza um discurso bem diferente do de J., um discurso de exaltação do prazer, do hedonismo, e da vontade de “viver”. Observa como os efeitos da “doença” têm lugar, mas imediatamente G. reformula a narrativa e minimiza o que seria um problema:

G. Então eu gosto de rotina, a minha vida eu gosto de... eu gosto da minha vida... não eu não gosto da minha vida parada não, entendeu? Eu gosto de vida agitada. Eu sempre tive uma vida agitada. Sempre quando morei com a minha mãe, do primeiro aninho de idade até os dezoito, eu não parava em casa. Eu dormia fora de casa sexta, sábado, domingo. Eu só chegava em casa segunda-feira, quando não saía na quinta! Eu ficava na casa de tio, na casa de tia, na casa de amigo. Então eu nunca parei em casa, eu sempre fui assim. Meu signo é de viajante, meu signo é sagitariano, eu sou de dezembro, o meu signo é sonhador. Entendeu? Eu não sou uma pessoa parada, agora, eu sou uma pessoa muito ativa, entendeu? Eu não paro. Quando... Antes de eu adoecer, eu pegava serviço três horas da tarde e largava duas da manhã. Chegava em to..., chegava em casa, tomava um banho, me vestia, me trocava, pegava o meu celular e ligava pros meus amigos: “Você quer sair? Vai poder sair? Quero sair?”. Chegava em casa no outro dia oito horas da manhã. Então eu dormia das oito às três horas da tarde, depois toca tomar banho... Então, minha rotina era assim! A minha rotina, a minha... eu gostava da minha vida. E continuo assim! Entendeu? *Só que agora é limitado, por quê?* O que eu fazia? Eu bebia, eu fumava, eu mexia com droga, a minha casa vivia cheia, porque a minha casa nunca ficou vazia, porque eu não gostava de ficar só. A minha casa já d... morou comigo oito pessoas, entendeu? Homem, mulher, inclusive o meu parceiro ficava comigo. Então, eu não gosta... eu num gosta... eu gostava do meu parceiro, só que eu não gostava de ficar só. Eu tinha necessidade de ficar com gente para conversar. Eu gosto de confusão, eu não gosto de... Eu gosto de alegria, mas de uma alegria boa, entendeu? Assistir um filme, entendeu? Fazer uma coisa, pra lancha, pra comer, fazer algum churrasco. Eu gosto disso, eu me sinto bem, me sinto feliz.

5. Costuras e reconsiderações

G. e J. articulam discursivamente a “doença” e a “saúde” de modos distintos. Em G. a vida sobrepõe-se à doença, apesar das limitações. O sentido de doença não remete à morte. Diante de G., qualquer campanha que vá vitimizar o soropositivo derrapa, não o captura, na medida em que ele não se reconhece neste lugar. É um sujeito em outra formação discursiva, que vai operar uma outra leitura. J., ao contrário, estará pronto para fazer uma leitura que associará a contaminação a um drama pessoal e familiar, ao medo de violência e à própria censura de sua condição bioidentitária com relação a conhecidos e vizinhos.

As campanhas poderiam, então, considerar estas variáveis discursivas, não os indivíduos; compreender que formações discursivas estão circulando na sociedade sobre “ser soropositivo”. J. e G. desafiam as formações discursivas típicas das campanhas oficiais porque tangenciam o discurso biomédico, do aconselhamento, da administração dos corpos. O discurso materializado por G. fará fracassar boa parte das campanhas de disciplinamento. Já o discurso materializado por J. poderá ressignificar a intervenção do estado sobre seus corpos como acentuador de uma culpabilidade moral. Que sentido de “doença” comparece no discurso de J.? A de um ponto de inflexão irreversível na vida. E qual sentido se apresenta com G.? A de algo a ser superado, sempre.

J. e G., de modos diferentes, mobilizam discursos não previstos, leituras não estabelecidas, não sugeridas pelas campanhas. São avessos em suas posições-sujeitos, mas semelhantes no modo de desafiar os discursos oficiais do campo da Saúde. J. revela o medo da violência que as campanhas esquecem, a culpabilidade que muitas vezes as campanhas motivam, a relação familiar que quase nunca é vocalizada. G. adere ao

discurso da disciplina por onde as campanhas menos esperam: pelo aconselhamento em uma relação amorosa, que facilita inclusive a escuta do que os médicos têm a dizer, e pelo discurso religioso. J. articula a doença em torno da morte. G. articula a doença em torno da vida. J. faz do caminho quase que um eterno fim. G. prepara-se seguidamente para um eterno recomeço.

REFERÊNCIAS

FLICK, Uwe. **Introdução à Pesquisa Qualitativa**. Porto Alegre, RS: Ed. Artmed, 2009.

GUILHAUMOU, J. Efeito de sentido e visibilidade social: Co-construção discursiva e o espaço de co-produção no trabalho do pesquisador. In INDURSKY, F. LEANDRO FERREIRA, Maria Cristina. **Análise do discurso no Brasil: Mapeando conceitos, confrontando limites**. São Carlos, SP: Ed. Claraluz, 2007.

MELO E COSTA, Stephanie L. **Comunicação, Campanhas e Bioidentidades: Discursos sobre o HIV entre governos, OSCs e soropositivos**. Dissertação de Mestrado: UFJF, 2014.

ORLANDI, Eni. P. Tralhas e Troços: o Flagrante Urbano. In: ORLANDI, Eni. P. (org) **Cidade Atravessada**. Os sentidos Públicos no Espaço Urbano. Campinas, SP: Ed. Pontes, 2001.

PÊCHEUX, Michel. **O Discurso: Estrutura ou acontecimento**. Campinas, SP: Ed. Pontes, 1997a.

_____. **Semântica e Discurso**. Uma crítica à afirmação do óbvio. Campinas, SP: Ed. Unicamp, 1997b.

_____. Análise Automática do Discurso (AAD-69). In: GADET, F. e HAK, T. (orgs). **Por uma Análise Automática do Discurso**. Uma introdução à obra de Michel Pêcheux. Campinas, SP: Ed. Unicamp, 1993.