

NAS FRONTEIRAS DA EPIDEMIA?

Articulações e desarticulações para pensar práticas de conhecimento e circulações
transfronteiriças na Amazônia

Thiago de Lima Oliveira

Programa de Pós-graduação em Antropologia Social

Universidade de São Paulo

Resumo: Este artigo tem como propósito estabelecer um investimento descritivo e analítico sobre as práticas de conhecimento e formas de reflexão política sobre a experiência de viver com HIV em contextos transfronteiriços. Em tais espacialidades, as dinâmicas de diálogo com as políticas de saúde se realizam articulando múltiplos eixos de negociação com/contra o Estado propiciadas pela possibilidade de circulação entre limites nacionais, e a construção de redes de comunicação e articulação a partir de relações complexas com outros agentes. A partir da experiência etnográfica que venho desenvolvendo na região de tríplice fronteira entre Brasil, Peru e Colômbia, na comunicação busco apresentar algumas reflexões sobre o modo como sentidos de saúde, pessoa e cidadania se flexibilizam e constituem-se na circulação transfronteiriça a partir também da articulação de eixos de construção de diferença que conferem sentido e valor à avaliação relacional da presença e da precariedade de si e do outro.

Palavras-chave: políticas da amizade; moralidades; saúde; HIV; corpo e pessoa.

Introdução

A presente comunicação¹ tem como mote central a reflexão sobre práticas de conhecimento e dispositivos de produção e performatividade da fronteira a partir de algumas experiências que venho acompanhando durante uma pesquisa doutorado sobre espaço, afetos e política no sudoeste amazônico, região de tríplice fronteira entre Brasil, Peru e Colômbia. Ao longo do texto meu argumento central orbita em torno de como o acesso a determinados serviços a partir de relações de solidariedade e amizade que atravessam domínios nacionais pode ser pensado como um modo de produzir e gerir o que seja a fronteira. Para tanto, o cenário de experiências narrativas a que me reporto é o modo como alguns interlocutores têm tratado e produzido respostas para a exposição ao HIV junto ao Estado e algumas instituições.

¹ Este trabalho foi apresentado no Grupo de Trabalho “Fronteiras, saúde, gênero e sexualidade: conexões, deslocamentos e alteridades corporais, espaciais, temporais” durante a 31ª Reunião Brasileira de Antropologia, realizada entre 9 e 12 de dezembro de 2018, em Brasília.

Minha pesquisa tem sido pautada pela tentativa de compreender narrativas de transformação social produzidas a partir da urbanização amazônica no último meio século, reconhecendo também o modo como tem sido impulsionado por projetos de “integração”, “modernização” e “desenvolvimento” que tem ocupado a arena nas últimas três décadas. Meu interesse contudo não reside em tais projetos em si, mas antes em como eles têm agenciar mudança nos modos de vida urbanos e na cidade, bem como para com as narrativas sobre essas transformações. Nesse aspecto, isso que tenho chamado de transformação social refere-se a percepção ao longo do tempo sobre os movimentos de mudança e acomodação da mudança das relações e do espaço no tecido social.

Acompanhando Foucault, considero a produção narrativa como um movimento expressivo de controle do discurso (FOUCAULT, 1996) e da produção de versões oficiais em oposição a versões oficiosas das histórias, tenho apostado em um movimento descritivo e analítico de proporções localizados, reconhecendo que se a produção narrativa é um movimento de gestão de poder, então as narrativas sobre espaços e lugares não podem ser enunciadas de maneira exterior, devendo ser pensadas a partir da sua dimensão localizada e parcial, conforme o argumento de Haraway (1995). Essa feita, minha interpretação sobre isso que venho arbitrariamente categorizando como “transformação social” tem sido pautada pela articulação entre idéias para corpos, afetos e espaços em contextos de homossexualidade masculina. Sobremaneira, tenho investido em tentar compreender como tem percebido e como narram tais transformações aquelas homens que mantêm práticas sexuais e afetivas junto a outros homens.

Essa apreensão inicial tem como propósito apresentar como o HIV apareceu pra mim ao longo da pesquisa. Ao chegar à região, em junho de 2016, meu interesse em si não eram as políticas de saúde, os sentidos e significados do adoecimento, a relação com tecnologias de medicação ou o que fosse. Considerando certo imaginário compartilhado sobre a precariedade embutida nas experiências homossexuais em contextos interioranos e cidades pequenas, meu interesse era de alguma forma apreender como homens que se relacionam com outros, percebendo-se ou não como homossexuais, atribuíam sentido às suas experiências e experimentações. Havia uma hipótese que a intensificação da urbanização dessas pequenas cidades fosse um espaço de contato, ainda que violento, com outros modos de vida e perspectivas e apresentasse também a abertura de novos espaços para formas de

sexualidade, gênero, conjugalidade e parentesco que não necessariamente se arrogavam heterossexuais.

Em contrapartida, o HIV parecia ser uma pauta importante na constituição de um plano de fundo sobre os temas que me interessavam. Assim, nas conversas que mantinha com pessoas nas ruas, em suas casas ou em espaços cotidianos imperava tanto uma apreensão de que a tal homossexualidade era algo distante, sempre alocado nos outros: para indígenas era coisa de branco, para os nascidos na cidade era coisa dos recém-chegados, para os cristãos era coisa daqueles que estavam no mundo. As poucas pessoas nas quais essas falas não repetiam-se costumavam indicar os perigos implicados nesse tipo de experiência: o preconceito e a discriminação, a violência, os riscos. Não se tratavam de riscos implicados no comprometimento com certas práticas sexuais, mas um risco alocado sobre populações, a exemplo do que com contava uma das enfermeiras de uma Unidade Básica de Saúde, na cidade de Tabatinga para quem era preciso ter cuidado já que “essas pessoas costumam estar mais expostas [ao HIV]”. A precariedade da economia da informação que eventualmente fizesse com que “essas pessoas” estivessem uma maior probabilidade de serem expostas a situações de risco não era um elemento importante em face às correlações percebidas como intrínsecas entre a assunção de uma orientação sexual ou identidade de gênero e o risco. A impressão que tinha ao conversar com profissionais de saúde era de que o HIV em alguma medida funcionava como um dispositivo de produção de grupos para pessoas, mesmo com chavões como “agora você vive bem com HIV, não tem mais aquela ameaça da morte que tinha no passado”, repetidas em conversas, consultas e campanhas especiais.

Digo isso pelo modo como percebia a historiografia do vírus e comparando minha relação pessoal e acadêmica em experiências anteriores. Era um consenso relativamente compartilhado que a história da doença e as tentativas de lhe conferir uma resposta produziram um ajuntamento importante na relação entre Estado e sociedade através da produção de sujeitos políticos, instituições, campos de pesquisa e redes de apoio no Brasil (GALVÃO, 2000; FACCHINI, 2005). A partir da metade da década de 1980 vírus e pandemia se apresentaram como agentes importantes na redefinição das agendas pública, pessoal e de grupos organizados em torno de saúde sexual, intimidade e projetos de cidadania especialmente no Brasil, que nas décadas seguintes chegou a ser reconhecido como um modelo de política pública para tratamento e controle da epidemia através de respostas que articulavam comprometimentos do Estado, grupos organizados de ativismo e militância e dos

próprios sujeitos em suas práticas pessoais (GALVÃO, 2000; LEAP, 1999). Todavia, isso não implica reconhecer que em todos os lugares a inserção de pautas ligadas ao HIV/Aids e aquelas coletividades aos quais ele foi sendo historicamente relacionado num modelo quase que de constituição mútua seja a mesma.

Mesmo me localizando no espectro das políticas destinadas a pessoas vivendo com HIV, o vírus ou a pandemia em si não se anunciaram para mim como um tema de pesquisa. Aproximei-me dela ao longo do mestrado ao estudar um universo de práticas eróticas entre homens na cidade de João Pessoa, o que demandou em alguma medida uma análise das relações que alguns dos interlocutores estabeleciam com seus corpos através da gestão entre prazeres e perigos numa política do risco, através da análise da constituição de algumas parcerias entre pessoas com condições sorológicas divergentes, e mesmo no mapeamento político-histórico dos espaços de construção do HIV na capital paraibana. Ao chegar ao Alto Solimões e as pessoas que lá viviam a dimensão de relação com a pauta parecia ser outra.

Assim como na Paraíba, debater saúde sexual através do HIV e de infecções sexualmente transmissíveis a partir de homens gays, mulheres transexuais e travestis era um lócus importante na produção de um movimento LGBT na arena local (OLIVEIRA, 2017), bem como do próprio ativismo de grupos de pessoas organizadas em prol dos direitos desses que hoje chamamos de “pessoas vivendo com HIV” (ANDRADE, 2012), ou mesmo a produção de positivities a partir de pessoas que viviam com HIV e não necessariamente compunham parte desses itinerários institucionais de reflexividade política (SILVA, 2012). Contudo, dadas as particularidades históricas, os quadros morais e de configuração de um modo de vida urbano na Amazônia, o modo como cada experiência de ser diagnosticado e viver com HIV era preenchida de significado parecia distinto do que havia lidado até então. Havia movimentos constantes de aproximação e distanciamento nas narrativas entre interlocutores nos dois contextos de pesquisa que acompanhei, não obstante serem ambos os locais cidades de proporções médias em contraste com os grandes centros urbanos e metropolitanos nacionais e mesmo a organização de um modo de vida urbano a partir de valores interioranos. Era especialmente notável nas cidades de Tabatinga e Islândia, por exemplo, que as relações entre políticas de saúde e Estado e ou entre pessoas e gestão de populações têm sido pautadas por uma economia do segredo e da descrição que não era tão central na experiência anterior no contexto paraibano.

Meu relato ao longo do artigo parte principalmente das cidades de Tabatinga e Benjamin Constant, no Brasil, e de Islândia, no Peru. Essas cidades estão conectadas pelo Rio Solimões e Yavari ao longo de um percurso de cerca de 20km entre si. O percurso entre as três só pode ser feito através de barco que usualmente são acessados através dos portos e catrais onde lanchas, barcos e canoas fazem o transporte de passageiros e cargas durante o dia. Essas cidades contam cada uma com um serviço de saúde razoável, de modo que há em cada uma delas pelo menos um hospital ou centro de saúde responsável por especialidades médicas e assistenciais básicas, como vacinação, acompanhamento pré-natal, pediatria e clínica geral e medicina de família. Exceto por Tabatinga, cirurgias não costumam ser realizadas nesses hospitais, demandando a transferência para outras unidades.

Tabatinga está a pouco mais de 1.100km da capital, Manaus. De modo semelhante, Islandia está distante pouco mais de 1.100km até a capital peruana, Lima. A semelhança nas distâncias em relação aos núcleos nacionais não corresponde às semelhanças quando as cidades são comparadas entre si. Tabatinga é a capital regional do Alto Solimões, sendo a maior das 9 cidades que compõem a região, de acordo com a divisão administrativa incorporada pelo governo estadual. Está localizado às margens do Rio Solimões e faz divisão terrestre com a cidade de Leticia, capital do Amazonas, na Colômbia, e fluvial com Isla Santa Rosa, território peruano, assim como Islandia. Por sua vez, Islandia é uma cidade palafita, localizada numa região de várzea às margens do Yavari, a cidade é marcada pelas cheias e vazantes do rio, razão pela qual toda a estrutura urbana que comporta os pouco mais de 4,000 habitantes é suspensa por estruturas de madeira ou concreto, assim como a maioria das habitações. Benjamin Constant é a cidade brasileira mais próxima de Islandia, sendo ponto de passagem para Islandia.

Distâncias que aproximam

Distâncias e aproximações dizem respeito não apenas às estruturas sociológicas e demográficas que constituem essas duas cidades. O modo como em cada contexto o HIV tem sido pensado é também distinto em relação ao desenvolvimento recente do debate sobre tecnologias de prevenção, controle e tratamento destinado às pessoas vivendo com HIV.

Os últimos anos têm sido marcados por intensas transformações nas tecnologias biomédicas para tratamento do hiv, cotejando inclusive uma certa atmosfera da qual participam expectativas públicas nomeadas como “cura”, “última década”, ou mesmo “fim da

aids”. Esse cenário é configurado pelo fluxo de circulação global de informações e tecnologia, uma rede de que participam agentes com status e interesses desproporcionais e divergentes; é também contrastado, nos limites de uma política nacional de saúde no Brasil, pelo processo de desmonte e fragilização do serviço de atendimento público, especialmente os de nível básico – com repercussão em pautas extensas na saúde pública-, pelo crescente avanço de pautas comprometidas com conservadorismos e dispositivos de controle sobre corpos e experiências de gênero e sexualidade ordenados sobre outras gramáticas, bem como a desarticulação de frentes combativas de atuação e debate que constituíam uma contraparte importante da reflexão aprofundada sobre políticas regionais de saúde.

Na arena todas essas questões parece um pouco simplório sinalizar para os regimes de distinção e as economias de continuidade e descontinuidade que configuram as experiências de viver com hiv em contextos “descentrados”. Parece, mas talvez não seja. Considerando o modo como tais discussões circulam a partir de e entre grandes centros urbanos de uma economia farmacopolítica, pode ser interessante retomar os debates sobre a “interiorização” dos processos de sofrimento social, em especial do hiv em vista de sua posição para construção dos debates sobre os limites, fronteiras e zonas de expansão das políticas sexuais. Contudo, uma narrativa sobre políticas sexuais e de saúde no campo do HIV que ignora as pessoas é improdutiva, e nesse sentido gostaria de apresentar a história de um dos meus interlocutores. Essa é a história de um projeto que não chegou a ser. É um esforço de descrição de um quase acontecimento, de um projeto que antes mesmo de iniciar já se via comprometido pelas agendas e enquadramentos que lhe conferiam um lugar não habitável nas políticas de afeto, cuidado, parentesco e vicinalidade a partir do qual se esboçava.

O personagem dessa história é Gerardo, peruano nascido na cidade de Iquitos e que residia em Islandia quando nos conhecemos. Gerardo trabalha como cozinheiro em um pequeno restaurante em Islandia. Em virtude de sua posição como ponto de passagem de muitos barcos cargueiros e transportadores de madeira pelo Yavari, era comum que muitos restaurantes e pequenos comércios se localizem próximo às margens do rio Yavari. Na ocasião do nosso primeiro encontro, em 2017, ele tinha 29 anos e já havia morado em diversas cidades da região: Iquitos, Santa Rosa, Benjamin Constant, Tabatinga, Leticia e agora em Islandia. A principal motivação para a circulação intensa, dizia ele, era o trabalho. Gerardo havia crescido em uma família de pouco poder aquisitivo, como muitas na região. Teve pouca escolarização e conseguiu graduar-se até metade do internato, o que o localizava

em uma posição baixa no esquema de oportunidades de trabalho em um contexto já bastante precarizado e de ofertas reduzidas.

Em virtude da subida do rio, as casas em Islandia costumam estar a cerca de cinco metros do chão, o que lhe rendia o título de “Venecia Amazónica”. Também não há sistema de esgotamento ou água encanada, e o fornecimento de energia elétrica foi regulada apenas em dezembro de 2017, de modo que em todas as ocasiões que estive lá anteriores a essa data havia um regime de abastecimento de eletricidade por meio gerador que servia as residências das 18h às 11h. Isso garantia que funcionassem durante a noite de televisores, ventiladores e outros pequenos eletrodomésticos que chegavam à cidade custosamente através dos barcos cargueiros que semanalmente estacionavam no porto. Até a interligação da rede elétrica, não havia iluminação pública nas ruas suspensas e o hospital era mantido com suporte de um outro gerador usado em ocasiões de crise de abastecimento.

Gerardo morava em uma hospedagem desde a chegada na cidade a qual pagava o montante de 50 reais por mês por um quarto com cama, banho e, eventualmente, privacidade. O restaurante onde trabalhava estava localizado em uma das praças que tinha vista para o Rio. Seu trabalho, no sistema de ocupações da região era entendido mais do que como uma ocupação. Ali, no sistema de postos de trabalho, ser homem cozinheiro era também como sinônimo de seu interesse por outros rapazes.

Havia chegado a Islandia há cerca de cinco anos para assumir o posto de chefe na cozinha do restaurante onde era também o único cozinheiro e responsável pelo atendimento dos clientes como garçom. Todavia, os cinco anos de residência em islandia só se traduziam em estabilidade quando se reportava ao posto de trabalho. A cozinha era sua - inclusive a cozinha de alguns outros pequenos restaurantes que frequentava e utilizava quando recebia visita de algum amigo que eventualmente escolhia comer noutro lugar que não aquele onde trabalhava.

“Dos chivos, una marimacho, una trans”, era assim que listava os amigos que havia feito na cidade e que tomava como parte de uma unidade afetiva e de apoio mútuo que ele por vezes chamava de família. Dizia ter tudo família, amigos, conhecidos e homens outros espalhados pelos tantos lugares onde havia morado ao longo do tempo. Não sem razão, apesar do pouco tempo em que vivia ali na escala do tempo constituída pelo parentesco e pelas configurações de geração que fazia com que famílias inteiras redistribuíssem propriedade e destinos como herança, Gerardo era conhecido por todos.

Na fronteira do vírus

Há cerca de três anos, por meio de um exame de teste rápido, Gerardo descobriu ter sorologia positiva para hiv. O tratamento medicamentoso, contudo, nunca foi iniciado. Apesar das tentativas de articulação junto aos setores responsáveis pela saúde básica e hospital da cidade, para ter acesso ao serviço peruano para pessoas vivendo com HIV deveria dirigir-se à cidade de Iquitos, lá realizar o acolhimento e então retornar a cada mês para retirada do medicamento. O custo para tanto excedia seus rendimentos e não havia uma estrutura de apoio que viabilizasse a chegada da medicação por meios oficiais. Para resposta à situação, desde então vem realizando um engajamento sutil junto a outras sete pessoas na cidade.

Esse engajamento é comprometido por um contexto de um intenso controle moral e políticas de constrangimento que impede muitas pessoas de realizarem os testes nas ocasiões públicas amplamente anunciadas através dos alto-falantes, rádios, cartazes e do boca a boca nas salas de espera do hospital e na única escola de segundo grau da cidade. Participa também dessa economia da precariedade a distribuição desproporcional do serviço de saúde peruano, ainda mais sensível na região da Selva. Iquitos, distante cerca de 300 km de barco, ainda no departamento de Loreto, é a cidade mais próxima com estrutura de serviço de saúde adequada para situações de adoecimento mais graves. É para iquitos que deveriam ser encaminhados os casos de HIV/Aids notificados para dar início aos tratamentos medicamentosos com a terapia antirretroviral disponível. Esse deslocamento nem sempre é possível, seja pela arquitetura do sistema de saúde peruano e da posição que as infecções sexualmente transmissíveis e a aids ocupam nessa configuração, seja pela engenharia de custos e transportes implicados nos deslocamentos para Iquitos, ou outros centros urbanos regionais, com infraestrutura adequados para o acesso à medicação, exames, acompanhamento e aconselhamento, além da participação em redes de apoio em outros formatos que não o estatal.

O sistema de saúde peruano é organizado segundo escalas de prioridade segundo o qual o estado provê os custos pela atenção básica, podendo também partilhar os custos de situações pouco mais complexas, estando contudo casos específicos e demandas particulares ao cargo de planos de saúde que devem ser arcados pelos próprios cidadãos (RABANAL; GONZÁLEZ; NIGENDA, 2011). Os atendimentos de nível primário são realizado em hospitais, unidades de atenção básica e institutos especializados para a população pobre ou

não segurada pelos dispositivos de regime contributivo direto ou privado. Ainda que chamado de “hospital”, a unidade de saúde disponível em Islandia é um centro de atenção de nível primário, responsável por serviços como de medicina geral e de família, odontologia e obstetrícia. Ainda que o o ESSalud, o seguro social peruano, seja responsável por cerca de 90% dos acompanhamento terapêutico dos casos de HIV, o centro local não contava com um serviço de acompanhamento tal qual o sugerido pela política nacional de resposta à epidemia, ou mesmo por organizações internacionais com atuação na região, como a UNAIDS e AHF.

De igual maneira, não é comum a oferta de atendimento hospitalar privados em nenhuma das cidades, fosse Tabatinga, Benjamin Constant ou Islandia. As poucas pessoas que podiam acessar serviços como planos de saúde ou mesmo acompanhamento médico particular compunham uma pequena elite local, ou o faziam em outras cidades, especialmente as capitais e centros regionais, como Manaus, Lima ou Iquitos, ou mesmo na vizinha cidade colombiana de Letícia, capital do Amazonas colombiano e com uma estrutura de serviços pouco mais sofisticada.

Gerardo falava sem desembaraço sobre a sorologia, ao menos comigo. Tal sensação de conforto não era acompanhada para tantas outras pessoas. Para essas a situação não chegava a ser mencionada. Havia uma política de não falar, de ocultamento sobre a situação sorológica que se conjugava a uma complexa economia afetiva que equacionava concepções sobre gênero e geração, ideias sobre segredo e masculinidade, bem como a participação das pessoas em certas configurações familiares que era lida como permissiva ou restritiva. Tudo isso se sintetizava na fórmula que usualmente usava para referir-se às suas experiências passadas com homens outros na cidade, bem como para aconselhar os amigos e amigas, todos mais jovens, “ni todos se puede tener, pocos se debe querer; hay que saber”.

O desembaraço de Gerardo era exercido na pequenez das conversas e das articulações que fazia com a coordenadora do único centro de saúde local, e com a enfermeira obstetra responsável também pela condução das campanhas de “prueba rápida” e testagem em Islandia. A menudo também experimentava formas outras de agenciar e captar parcerias para a pequena cidade, a exemplo da tentativa de levar amigos e conhecidos para as cidades brasileiras nas vizinhanças, como Benjamin Constant e Tabatinga para que pudessem fazer os exames disponíveis em campanhas realizadas pelo SAE (serviço de atendimento especializado em hiv/aids e outras infecções sexualmente transmissíveis) desses municípios e por outras organizações, a exemplo da UNAIDS e da AHF.

Desde sua instauração no regime de possibilidades biomédico, o HIV e a Aids têm se posicionado no debate público como um arranjo produtor de eixo de ordenação de valores e sentidos para desejo, prazer, saúde, vida, morte e diferença. A via utilizada foi a instauração de um regime de avizinhamo e correlação entre pessoa e experiência: a tríade intimidade, risco e segurança. Se o argumento de Foucault (1997) a respeito do dispositivo da sexualidade no contexto ocidental é factível, é possível sugerir então que, em última instância, além de um investida sobre revisão de limites ou produção de espaços discursivos e públicos para questões até então alocadas na surdina do privado, a epidemia se configurou como um efetivo dispositivo instaurador de “populações”.

Em contrapartida à política das populações, a experiência de sofrimento em decorrência não apenas da trajetória de medicalização do estigma, da resposta pública mediada pelo estigma e mesmo da posição de solidão e melancolia reportada pelos meus interlocutores nos contextos que tenho estudado, tanto no sudoeste amazônico quanto no nordeste brasileiro. Nessas situações tenho acompanhado algo como uma tensão entre narrativa, experiência e registro. A narrativa do espaço público é a da constituição de populações através de formas de reconhecimento produzidas também por sujeitos que negociam o dispositivo-aids a partir de múltiplos interesses, não necessariamente coincidentes. A experiência das pessoas que venho acompanhando ao longo dos últimos quatro anos nessas cidades, por outro lado, tem se aproximado à imagem de uma potência-solidão que irrompe a possibilidade de coletividade, grupo ou população.

As narrativas oficiais e oficiosas produzidas por pessoas, especialistas e instituições negociam as condições e os efeitos farmacológicos, emocionais e subjetivos do (des)encontro entre essas políticas de agrupamento e confinamento em mundos que buscam desprender-se dos limites concebidos para os corpos. Sintomático disso pode ser o esforço pessoal empreendido por Gerardo para constituir em Islandia uma aproximação entre modos de sensibilização e cuidado por um lado em um contexto onde as dificuldades em relações afetivas por ele reportadas quando diz “es como si de antemano ya hubiera un secreto que me aleja del amante”.

Com a Aids instaurou-se uma forma particular de saber corpográfico-biomédico, potencializando agenciamentos em múltiplas escalas e colocando em circulação fluxos globais de capital, valores, experiências, práticas de conhecimento sobre o mundo nos confins do que seja interior e exterior às fronteiras da pele. A Aids é um agenciamento produtivo.

Produtivo não apenas porque as condições de possibilidade de existência de um vírus tal qual concebido pelos supostos científicos está atrelada à existência de um suporte orgânico no qual ele possa hospedar-se e replicar-se. É um agenciamento também em vistas do modo como prolifera e ajunta múltiplos universos e campos de experiência usualmente apartados. A síndrome é um aglutinador de sentidos para o que seja biológico-político-econômico e afetivo-moral. Diz respeito não apenas a um modo particular de existência no domínio do universo de seres que podem habitar o mundo. Como partícula de conformação que atravessa e posiciona-se ora como vida, ora como não vida, o vírus é um item-conjunção, um elemento produtor e organizador de uma gramática da socialidade onde ele mesmo opera como sintagma. Ou seja, é em uma configuração emblemática de debate público sobre grupos, medos, riscos e experiências *em e a partir de* corpos em encontro.

Vírus, Aids e AID\$ são na geopolítica da circulação transnacional de substâncias unidades produtivas que reúnem *commodities* na arena das tecnologias farmacológicas de tratamento, institui a possibilidade de constituição de redes de cuidado e apoio a partir da situação sorológica, organiza as possibilidades de envolvimento afetivo a partir de domínios onde a presença do vírus pode atuar como um elemento distintivo, e mesmo participa das formas de atribuição de sentido para práticas eróticas e corporais. A suposição de que contextos interioranos estão afastados disso pode ser rapidamente desmontável. Em mundos como a Tríplice Fronteira, mesmo que preenchida por sentidos particulares relativos ao encontro e conflito entre perspectivas nem sempre conciliáveis, as alternativas para o vírus não excluem a via farmacológica. Não à toa, o exercício ensaiado por Gerardo é de uma micropolítica do cuidado que alia pessoas a partir do acesso à medicação.

No caso brasileiro, as fronteiras do vírus tem sido um problema não apenas de reflexão filosófica e etiológica sobre os modos de ação e replicação na constituição das epidemias, mas também um eixo organizador da própria governança do território. Não por acaso, ainda na década de 1980, migrantes e imigrantes eram aglutinados nos mesmos “grupos de risco” avaliados como populações chave para a disseminação e profusão daquilo que então se chamava de “peste”, “câncer”. como espaço de governança sobre populações a epidemia também articulou manifestação e imanência na vinculação a grupos específicos: homens gays, trabalhadoras sexuais, imigrantes do terceiro mundo (em especial do Caribe) circulando pela arena global, hemofílicos e pessoas que partilhavam o uso de drogas injetáveis.

A epidemia esboça a dupla faceta dos territórios fronteiriços. Era tanto uma zona de expansão quanto uma região de limite sobre políticas de governamentalidade. Não é de se estranhar então a preocupação com as regiões de fronteira desde a década de 1990 como espaços propícios à circulação de enfermidades, regiões de vulnerabilidade pela suposição da circulação de diferenças e vulnerabilidade em detrimento de certos universos de experiências de troca e negociação, a exemplo do trabalho sexual, uso de drogas e violência (BRASIL, 2003).

Os primeiros casos registrados de infecção por hiv na região datam de final da década de 1980. Segundo a UNAIDS, no caso brasileiro desde 1986 tem sido registrados casos de infecção pelo vírus e mortes por doenças em decorrência da Aids no estado de Amazonas (UNAIDS, 2016, p.15). Do lado peruano, casos vem sendo registrados em período semelhante, como mortes por Aids registradas desde 1985 tendo como populações mais atingidas homens que fazem sexo com homens e mulheres transexuais (PERÚ, 2014).

Na tentativa de driblar as dificuldades da escala e da não proporcionalidade no acesso à informação e cuidado em Islandia, Gerardo pretendia constituir espaços de formação e de sensibilização para as pessoas que haviam sido diagnosticadas com hiv na municipalidade. Chamava esse projeto de ‘reunión’ e para tanto contava com a participação de alguns amigos que eventualmente viessem à cidade. Os amigos em questão eram parceiros que atuavam em organizações vinculadas à saúde sexual, ativistas no campo da Aids, responsáveis na realização de testagem e funcionários de serviços públicos. Eram amigos que em momentos anteriores exerciam outras atividades e foram aproximando-se por muitas razões, nem sempre calculadas, do campo da saúde e do hiv em seus contextos. Não raramente, as indicações e as relações de conhecimento e amizade se produziam por indicação, constituindo uma rede de contatos, afetos e comunicação organizada a partir dessa pauta.

As pessoas que Gerardo buscava acessar eram aquelas que tinham um papel importante nos trâmites burocráticos que poderiam permitir a inclusão dos sujeitos no serviço de saúde e o acesso a acompanhamento especializado e tratamento. Essas questões eram particularmente sensíveis e árduas em virtude do comprometimento com amarras morais que organizavam a vida pública e a política da fofoca na pequena cidade, bem como pelos custos e temporalidades envolvidos nos deslocamentos pelo rio. De Islandia a Benjamin Constant levava-se cerca de 5 minutos e pegava-se 3 reais, para Tabatinga deveria-se acrescentar mais 20 reais a cada trajeto. os barcos só circulavam até as 17 horas, em virtude dos casos de

atentados de piratas e assaltos às embarcações.

Gerardo caminhava desde o extremo leste da ilha onde residia atravessando o percurso onde o concreto já não atingia a arquitetura das palafitas. Na pequena hospedagem onde vivia as vias eram construídas em madeira e reposicionadas com alguma frequência tendo em vista o uso contínuo que as levava a estragar com intensa rapidez a cada subida e descida do rio. seguia em linha desde seu quarto, passando pelo prédio da prefeitura no centro da cidade e seguia até o bar. no trajeto encontrava amigos, conversava, atualizava as notícias e fofocas do dia. era esse seu trajeto diário algumas vezes ao dia. Acostumado ao tremular das tábuas e caibros a sustentar a cidade, seu passo era macio e silencioso, quase bailarino quando comparado ao volume corpulento de sua anatomia. Um boné na cabeça e uma toalha ao ombro ajudavam a compor a figura.

Era nesse caminhar cotidiano que Gerardo reunia parceiros e tentava colocar em cena seu plano silencioso de cuidado coletivo. em alguma medida, mais que cuidado era um projeto de formação política particular. ali na cidade com quase quatro mil habitantes, a política misturava-se ao segredo e à fofoca. Era preciso assim agir com discrição. Os termos da conversa eram velados e mantidos assim na condição de surdina e código entre semelhantes. o universo de semelhantes era composto por uma aura de frustração e suspeita. era comum a recusa da população em aderir às campanhas de testagem, as “pruebas rápidas” tinham como efeito imediato o esvaziamento do único hospital local e o fechamento das portas.

O levantamento preliminar feito por Gerardo em parceria com milagros e leda, as responsáveis pelo hospital e pela realização das pruebas rápidas havia contabilizado que em Islandia havia 8 pessoas “confirmadas”, como referiam-se às pessoas que haviam feito os exames e obtido resultado positivo para hiv. isso contudo era lido pelos três com ares de desconfiança tendo em vista a baixíssima adesão das pessoas na cidade às campanhas deste tipo. segundo Gerardo, dos 8 confirmados 6 eram ‘homossexuales o chivos’; os outros dois eram um casal heterossexual que há alguns meses havia mudado para petrópolis, um povoado localizado na outra margem direita do rio, em frente a Islandia.

Ao nos conhecermos a pauta do hiv se tornou um dado incorporado automaticamente no contexto da relação. milagros ao nos apresentar já antecipara uma questão que sequer havia se colocado no meu universo de preocupações. fui apresentado a Gerardo como pesquisador interessado em ajudar os homens gays na cidade no que se referia aos hiv e as

práticas de saúde. em certa medida parecia ser um estorvo confortável em vista de que ao menos quando conversávamos não havia o tal ‘secreto’ que Gerardo reclamava nos seus engajamentos afetivos com amigos e amantes.

Durante os dias em que estive na cidade nos dois últimos anos nos encontramos diversas vezes na tentativa de planejar o que ele nomeava como ‘articulação’, ou seja, a somatória de esforços e possibilidades de intervenção com o objetivo de distribuir informação junto aos confirmados e em alguma medida também sua incorporação ao serviço de saúde para acesso ao tratamento. em vista dos custos de deslocamento e estadia em iquitos, a alternativa cotejada era de incluir as pessoas no sistema de saúde brasileiro já que o sus dispunha de uma política universal que permitia também a incorporação de estrangeiros e imigrantes, mesmo em tais condições. conforme havia planejado, o primeiro passo para Gerardo deveria ser a busca pela reunião, de modo a agrupar interessados e distribuir informações de maneira a sensibilizar os confirmados para a particularidade de sua condição.

A primeira reunião que acompanhei resultado da articulação foi realizada nas dependências de uma pequena sala no prédio da prefeitura ao fim de tarde, próximo ao horário de encerramento das atividades no local. a prefeitura quiçá junto ao mercado ao qual todos chamavam de ‘shopping’ era o prédio mais bem elaborado da cidade-ilha. construído em alvenaria e ladeado por vias de concreto e corrimão de ferro, o prédio da prefeitura tinha três pisos e um grande átrio. a frente expunha como símbolo quase totêmico três estátuas em madeira que sinalizavam para as grandes nações indígenas pré-coloniais da selva. um trazia um pirarucu às costas, um segundo segurava uma cesta a altura do tronco, o terceiro uma zarabatana remetendo respectivamente aos povos ticuna, bora e cocama.

Os convidados para a reunião eram sete, os ‘confirmados’ arduamente convocados nos caminhos cotidianos de Gerardo pelas vielas de tábuas suspensas. Esperamos por quase uma hora até que o guarda do prédio anunciasse a necessidade de fechar o prédio. Ninguém apareceu. Sentados no bar vizinho ao seu local de trabalho conversávamos num duplo esforço: dar forma à ausência, desfazer a forma do fracasso. Ali, conversávamos tentando negociar os sentidos de empenho e a possibilidade de continuar o planejado, reintroduzindo o convite, indo mais uma vez junto às pessoas. Ainda que desapontado, recusava-se a entender a ausência dos convidados como um prenúncio para desistir. Enquanto conversávamos amenidades um dos convidados irrompeu pela pequena rampa que dava acesso ao bar, nos

cumprimentou e sentou-se conosco. Com fala rápida e pouco articulada desculpava-se não ter ido, dizia ter esquecido.

Luiz era um jovem Ticuna, como uma maioria significativa das pessoas em Islandia. Para os nascidos em Islandia, a relação com o mundo ticuna era cruzada pelo parentesco, pela vicinalidade, pelas histórias de parentes perdidos no tempo e na colonização da fronteira... Era qualquer coisa como uma herança, mesmo em situações nas quais as pessoas não se reconheciam mais sob essa prerrogativa. Algumas vezes quando perguntava sobre a configuração de um grupo doméstico ou familiar particular e alguma questão sobre se a pessoa era ticuna eram comuns respostas do tipo “yo no soy, pero mi mamá todavía lo es”. O jovem também guardava em segredo sua sorologia, compartilhando-a apenas com a mãe, os profissionais de saúde e Gerardo. Eu, desorientado, me tornei uma exceção a esse grupo seletivo. Havia sido um caso particular numa economia moral que ao longo dos dois anos como ‘confirmado’ tinha impulsionado Luiz a restringir seu universo de relações afetivas e sexuais. Gerardo me apresentou como ‘estudante’, dizia que estava ali para ajudar os colegas na articulação. Tomamos algumas cervejas e logo a conversa foi abrindo-se, inclusive tornando possível que minha presença fosse questionada e estranhada. Era alto demais, branco demais, brasileiro demais, enfim, um estranho na ilha.

Conforme se sentia mais confortável, Gerardo perguntava a Luiz dos namorados que havia tido e dos quais fica sabendo pela extensa rede de circulação de fofocas que conectam todos ali. O movimento da conversa acelerava conforme iam agregando-se no chão, ao lado da mesa, as garrafas já vazias de cerveja. Fofocas, problemas pessoais, casos, *affairs* e meu interesse em Islandia iam organizando e revezando-se na ordem da conversa que só se fazia entender por uma outra lógica que não aquela das conversas habituais de rua. A conversa seguiu noite adentro até que tomamos o rumo de nossas habitações.

Luiz falava de seus amores e do quanto seu corpo sentia os efeitos da doença, ao que Gerardo retrucava mais uma vez a importância do acesso aos medicamentos e de cuidar-se, advertindo assim também sobre a importância de seu projeto.

Por sua parte, Luiz reconhecia a importância dos medicamentos, ainda que tornasse explícito que a razão de seu adoecimento não era tanto o vírus ou o não acesso às terapias farmacológicas a que se reportava o amigo. A razão do seu sofrer eram os espíritos-bichos que o rondavam pelas “coisas erradas”, por ignorar os conselhos de sua mãe sobre casar, ser pai. Em última instância, Luiz dizia sentir-se como que doente não por conviver com um vírus

que estivesse em seu corpo, mas por serem os vírus como os ngo'ogô das histórias de assustar e de enfeitiçamento que ouvia dos pais e dos vizinhos na comunidade. Gerardo por sua vez, em um plano paralelo aconselhava sobre a importância de usar preservativos para que não piorasse seu estado em virtude da mistura de vírus no corpo um do outro. Também em um registro paralelo e outro, Luiz retrucava sem muita confiança que a razão do repentino emagrecimento que experimentava nos últimos meses era resultado de uma fraqueza no sangue, 'como se... es como se estuvieran a succionar, explotar a mí cuerpo'.

No dia seguinte, encontrei Luiz por diversas vezes pela cidade. Ao fim da tarde, enquanto estava sentado na beira do cais, observando a partida dos últimos barcos Luiz se aproximou. Começou a falar: o resultado da partida de futebol, as datas de chegada dos próximos navios cargueiros, amigos que haviam partido para Iquitos. Seguimos assim. Tão logo conversávamos, agora já sem o benefício do álcool, começou a perguntar sobre mim, sobre minha vida em São Paulo, sobre minha família, namorados, escola, o que seria viver em uma cidade tão diferente de Islandia. Falar sobre esses detalhes, por vezes sem uma grande sociologia por detrás de si, foi a abertura para que eu pudesse acessar uma perspectiva outra sobre Luiz. Ao dizer que não tinha um vínculo religioso formal, não acreditava em deus mas apenas na beleza da crença dos outros, o susto tomou conta de sua face como se fosse aquela uma confissão do impossível. Perguntava então o que eu fazia quando estava doente, ou alguém morria.

A religião e as coisas nas quais eu acreditava foram a porta de acesso para que Luiz experimentasse um modo de interpretar meus comprometimentos, perspectivas sobre o mundo. O adoecer era o que mais lhe afligia em termos de preocupação. Ao contar-lhe que também era soropositivo parecia haver um incômodo típico das situações de coincidência. Tão logo se amontoaram perguntas de desconfiança e descrédito: "en serio?", "y por qué estás tan fuerte, gordo, grande?".

O estranhamento - mútuo, diga-se, de Luiz sobre minha sorologia, e o meu sobre o seu próprio estranhamento frente uma situação de assemelhamento - desmontava minha própria possibilidade de entendimento sobre aquilo que Paul Rabinow (1997) analisou como a possibilidade de encadeamento em múltiplas escalas a partir da partilha de determinadas experiências mediadas por uma biologia. Era a noção de uma biologia estável a própria prerrogativa do equívoco que se instaurou tanto no estranhamento mútuo quanto na possibilidade de conexão entre as experiências de aflição ou adoecimento por que

passávamos. Partilhávamos quadros de referência ontológicos distintos, e em alguma medida parecia o dele um tanto mais sofisticado que o meu, já que, se os limites físicos e metafísicos da minha corporalidade pareciam bastante definidos na geografia da pele, os fundamentos ontológicos e corpográficos que Luiz enunciavam eram mais amplos.

Luiz ensaiava uma espécie de transversalidade deleuziana. Atravessava mundos não com a expectativa de constituir algo unificado para todos, mas experimentava as fronteiras como exercício de uma existência dado pelas relações que captava. Ali, filho de pais ticuna, anunciado a si como peruano, flutuando entre diferentes registros e formas de produção da diferença, ele comunicava e circunscrevia as possibilidades de atravessamento, de transversalidade que lhe permitiam entender e estranhar, produzir simultaneamente divergência e afirmação, transformando-se conforme parecia repetir o cotidiano dos encontros, das pessoas, dos universos pelos quais era convidado a circular em Islandia.

O corpo operava como um lugar de reconhecimento e de inscrição de seu exercício tradutório. Para os de fora, seus traços fenotípicos o posicionasse como indígena; para os próximos, a aliança entre língua, história e parentesco escrevia o moreno da pele e o preto dos olhos como “peruano”, uma nacionalidade não-adjetivada a componentes étnicos; para mim era uma figura interessante tendo em vista seu intenso investimento em marcar a mim como um outro, afinal “nosotros no somos iguales”.

Segundo dizia, estar convivendo como o vírus era uma experiência de contato-maldição, um sofrer feiticeiro que só se fazia por uma espécie de vampirismo e de esgotamento das capacidades energéticas que vinculavam corpo e lugar. Argumentava que os ngo’ogõ malfeitores tinham se aproximado pelo mau comportamento e sua participação em atividades que, conforme havia aprendido na igreja, não deveriam ser cultivadas. Falava assim sobre a fofoca, a preguiça, a ausência nos encontros dominicais e mesmo sobre seus curtos namoros. Como castigo, a doença tomavam a energia que fluía do seu sangue.

Sendo os ngo’ogõ espíritos que se misturava e participavam do cosmos também a partir da influência dos parentes que já haviam morrido, a análise de Luiz era que seus parentes estavam tristes e envergonhados com a vida que tinha. Falava isso em tom de entristecimento, olhando para baixo e em voz baixa. O emagrecimento, a preguiça não eram resultado de um agenciamento infeccioso que repercutia tão somente a partir da partilha do sêmen e que poderiam ser controlados pelo uso de preservativos. Era uma fraqueza, um esmorecimento. Em alguma medida, na perspectiva de uma gestão política dos limites entre

vida e não-vida, tal como descrito por Elizabeth Povinelli (2016), o que Gerardo tomava como “vírus” e Luiz como “ngo’ogö” era uma espécie de imagem fractal dos próprios limites entre uma biopolítica e uma outra-política, um senão. Era necessário abandonar certas práticas, aderir às prerrogativas de completude que se faziam pelo casamento indicado pela mãe, passar a tomar os remédios que Gerardo tanto falava e que nunca havia visto senão pelos que eu havia levado comigo.

O vírus era uma espécie de política encarnada, uma especialidade efetiva do trânsito entre mundos, possibilidades e transformações. os ngo’ogö eram um sinal para uma forma outra de produção do corpo, ao que ele resumia com um simplório “tenho de cuidar de mim”, trocando espanhol e português, a vista do rio e o reflexo que se fazia na água escura já anoitecendo. Aqui, a técnica como caso específico de uma teoria encarnada sobre a relação corpo-seres-mundo se manifesta como o domínio do equívoco e da controvérsia. fundamentalmente é o domínio do reconhecimento da transformação. o corpo-naüne, corpo-anatomia, uma analítica-anatomopolítica sobre as condições de possibilidade de existência entre supostos que penetravam-se transversalmente, metendo-se uns sobre os outros como ervas daninhas.

Nossa conversa seguiu pela noite, encostados nas barras que sustentavam as vigas e cobertos pelo escuro da noite. Ali tentávamos equilibrar nossas certezas e dúvidas um sobre o outro, sobre as possibilidades de ser feliz e de estar bem em um ambiente por vezes tão hostil. Certamente ele, mais esperto que eu, soubesse já que era isso que dizia a mim: que tomasse cuidado com as pessoas, que o sofrimento atravessa tanto quanto a alegria.

Rapsódia, ou algumas conclusões

Articulações e reuniões constituíam um quase acontecimento. Não chegaram a ser um evento, no seu modelo concreto como assembléia ou reunião de pessoas em torno de uma pauta (BUTLER, 2015). Contudo, os sinais iniciais que poderiam agregar pessoas já estavam em cena. Era preciso negociar as possibilidades desse investimento apesar dos constrangimentos implicados no medo, na fofoca, na desinformação, na suspeição que alimentavam as visitas cotidianas. Não por acaso, Gerardo optou por substituir os convites nas casas das pessoas por conversas enquanto apresentava o catálogo de produtos do qual era revendedor, ou nas filas da Unidade de Saúde, enfim, situações que não era previamente planejadas. Ali, ele assumia o risco e a precariedade de ocupar o espaço público

reconhecendo os sentidos de precariedade ao mesmo tempo que negociava também a própria geografia de onde acabava e começava os limites nacionais na constituição de espaços transfronteiriços.

Na sua circulação entre cidades e fronteiras Gerardo costurava e desenhava o mapa da própria fronteira como dispositivo de gestão de governo. Não eram fundamentalmente as linhas imaginárias que separavam Perú e Colômbia que eram materializadas na performatividade de si e da cidadania. Cruzando de um lado a outro com seus amigos na tentativa de constituir uma resposta, eram justapostas fronteiras de Estado e fronteiras de cuidado, responsabilidades eram partilhadas e compromissos distribuídos na tentativa de instauração de um projeto que já tinha sua fragilidade reconhecida na forma da reiteração do silêncio e do ocultamento como lugares confortáveis para amenização do estigma.

As perspectivas de Luiz e Gerardo sobre as possibilidades de habitar o mundo eram ilustradas na amizade que descreviam um para o outro. Cortada, paralela, era uma observação marcada pelo sinal da deferência e da sensibilidade que faziam com que estranhassem a possibilidade de partilha e reconhecimento como a priori organizado por uma biologia simplista e hiper-inclusiva. No seu estranhamento Luiz configurava uma interpretação política sobre as possibilidades do ser e os limites do reconhecimento. Política porque rejeitava a minha própria prerrogativa de que nossos corpos fossem iguais e exigia que a sua perspectiva sobre a diferença fosse cotejada; mas sobretudo, política porque almejava colocar-se não como instância soberana e única. Era possível e aberta, transitável.

Referências

ANDRADE, Atila Cavalcante de. **O campo das ONGs/AIDS: etnografando o ativismo em João Pessoa.** Dissertação de Mestrado em Sociologia. João Pessoa: UFPB/PPGS, 2012.

BRASIL. **A Aids nas fronteiras do Brasil: diagnóstico estratégico da situação da epidemia de aids no Brasil e doenças sexualmente transmissíveis nas fronteiras do Brasil.** Brasília: ministério da saúde/ coordenação nacional dst/aids, 2003.

BUTLER, Judith. **Notes toward a performative theory of assembly.** Cambridge: Harvard University Press, 2015.

FACCHINI, Regina. **Sopa de letrinhas? movimento homossexual e produção de identidades coletivas nos anos 90.** Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

FOUCAULT, Michel. **A ordem do Discurso.** Rio de Janeiro: Edições Loyola, 1996.

- _____. **A história da sexualidade**. vol. 1 - a vontade de saber. Rio de Janeiro: Graal, 1997.
- GALVÃO, Jane. **AIDS no Brasil: agenda de construção de uma epidemia**. Rio de Janeiro: ABIA, 2000.
- HARAWAY, Donna. “Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial”. In: *Cadernos Pagu* vol.5. Campinas, 1995.
- LEAP, William. “Introduction”. In: LEAP, William. **Public Sex/ Gay Space**. Nova York: Columbia University Press, 1999.
- OLIVEIRA, Thiago de Lima. “Levantar bandeira e dar pinta Inflexões etnográficas sobre o movimento lgbt em João Pessoa (1980-2002) e suas ressonâncias”. In: *Bagoas - Estudos gays: gêneros e sexualidades*, v. 11, n. 16, Natal: 2017.
- PERÚ. **Informe nacional sobre los progresos realizados en el país (2013-2014)**. Lima: Ministerio de Salud, 2014.
- POVINELLI, Elizabeth. **Geonologies: a requiem to late liberalism**. Berkeley: Duke university press, 2016.
- RABANAL, Jacqueline Alcade; GONZÁLEZ, Oswaldo; NIGENDA, Gustavo. “Sistema de salud de Perú”. In: *Salud Publica Mex* 2011;53 supl 2, 2011.
- SILVA, Luziana Marques da Fonseca. **Fazendo a diferença: um estudo sobre conjugalidade sorodiscordante em João Pessoa**. Tese de Doutorado em Sociologia. João Pessoa: PPGS/UFPB, 2012.
- UNAIDS. **Amazonaids: na fronteira de uma epidemia**. Brasília: Programa Nacional das Nações Unidas sobre hiv/aids (un aids), 2016.

