



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



Instituto de Comunicação e Informação
Científica e Tecnológica em Saúde

VINÍCIUS MAURICIO DE LIMA

**JOVENS VIVENDO COM HIV E AIDS, VÍNCULOS E SEXUALIDADE:
uma etnografia em uma policlínica do município do Rio de Janeiro.**

Rio de Janeiro, 2015

VINÍCIUS MAURICIO DE LIMA

**JOVENS VIVENDO COM HIV E AIDS, VÍNCULOS E SEXUALIDADE:
uma etnografia em uma policlínica do município do Rio de Janeiro.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Informação e Comunicação em Saúde (PPGICS), como requisito para a obtenção do grau de Mestre em Ciências, sob a orientação da Prof^a Dr^a Adriana Kelly Santos.

Rio de Janeiro, 2015

Ficha catalográfica elaborada pela
Biblioteca de Ciências Biomédicas/ ICICT / FIOCRUZ - RJ

L732 Lima, Vinícius Mauricio de

Jovens vivendo com HIV e AIDS, vínculos e sexualidade: uma etnografia em uma policlínica do município do Rio de Janeiro / Vinícius Mauricio de Lima. – Rio de Janeiro, 2015.

xiii, 96 f. : 30 cm.

Dissertação (Mestrado) – Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Pós-Graduação em Informação e Comunicação em Saúde, 2015.

Bibliografia: f. 95-104

1. Jovens. 2. HIV. 3. AIDS. 4. SUS. 5. Vínculo. 6. Sexualidade. Título.

CDD 616.9792

VINÍCIUS MAURICIO DE LIMA

**JOVENS VIVENDO COM HIV E AIDS, VÍNCULOS E SEXUALIDADE:
uma etnografia em uma policlínica do município do Rio de Janeiro.**

Aprovado em 31 de março de 2015.

Banca examinadora:

Prof^a Dr^a María Elvira Díaz Benítez (Museu Nacional/UFRJ) – examinadora externa

Prof^a Dr^a Simone Souza Monteiro (Fiocruz) – examinadora externa

Prof^a Dr^a Adriana Cavalcanti de Aguiar (Fiocruz) – examinadora interna

Prof^a Dr^a Janine Miranda Cardoso (Fiocruz) – examinadora suplente

Prof^a Dr^a Adriana Kelly Santos (Fiocruz) - orientadora

AGRADECIMENTOS / ELOGIO AO GÊNERO

Não sei se pelo entusiasmo ao feminismo, fui escolhido e escolhi estar cercado por mulheres. Ao escrever estes agradecimentos, notei que a maioria dos nomes eram femininos. Relembrando minha trajetória, vi o quanto foram imprescindíveis. Foram mãos que me acarinharam, conduziram, escreveram, ligaram e brindaram comigo. Portanto, a elas um elogio ao gênero.

Tive sorte de, ainda criança, ir morar com minha avó, Tereza Pinto de Oliveira Mauricio, e minha tia, Raquel Mauricio. Elas acreditaram em meus sonhos. No dia em que minha tia me levava para morar sozinho e estudar, aos 18 anos, ela disse “Essa é a herança que podemos te deixar”. Hoje sei a importância disso. A elas dedico este trabalho e por elas agradeço a toda minha família.

Já no mestrado, foi bom encontrar Adriana Kelly Santos, pelo comprometimento e seriedade com que investiu em minha formação de pesquisador. Este trabalho não seria possível sem a orientação dela, que soube ter paciência e confiou em mim. E sem os ensinamentos de Simone Monteiro, María Elvira Díaz Benítez, Adriana Aguiar e Janine Cardoso, que participaram de minha banca de qualificação. Comum a elas a delicadeza com que me mostraram o caminho. Além delas, agradeço a/os professora/es do PPGICS e às/aos colegas do Núcleo de estudos corpos, gêneros e sexualidades dissidentes (NuSEX/Museu Nacional), pela generosidade com que me receberam.

Na Fiocruz, tornaram cada minuto prazeroso: Bianca e Kelly, pelo aprendizado no Laboratório de Comunicação e Saúde (Laces), Deise Grigorio, quem me ensinou a fazer revisão bibliográfica e me religou com minha espiritualidade, Tatiane, Rosilene e Mel, por cada sorriso com que me atenderam na gestão acadêmica do PPGICS, Iara, pelos mais carinhosos cafés na lanchonete do prédio de expansão. E a turma mais querida, Carla, Carla, Vânia, Andréa, Ágatha, Camille, Vanessa, Marcelo, Rodolfo, Vinicius, Cris, Tânia, Viviane, Paulo e Marcos.

Não viveria longe de casa não fossem a/os amiga/os. A/os de longa data: Cidinha, Rosângela, Ana Maria, Milena, Maryana, Natássia, Samanta, Verena, Mayara, Morgana, Michelle, Fernanda, Letícia, Raíza, Nayana, Giselle, Zé Ricardo, Marco e Eduardo. E a/os presentes que o mestrado me deu: Nathanael (meu “diário de campo” primeiro), Tatiana, Gisele, Laura, María Elvira, Tereza, Nilma, Josy, Reis, Júnior, Lorena, Pamella, Fátima, Michel e Rafaela.

Precisarei de mais uma vida para retribuir Clea e Catheryne, pelo amor com que me acolheram no Rio de Janeiro, à/aos profissionais de saúde da Policlínica, especialmente as assistentes sociais, pelo afeto, e às pessoas vivendo com HIV e aids, usuária/os da unidade de saúde, a quem também dedico este trabalho. Finalmente, à CAPES e à FAPERJ que me concederam bolsas de estudos sem as quais não seria possível custear minha estadia.

“Nunca perca a capacidade de se interessar pelas pessoas”.

uma senhora paciente da clínica de neurologia, ao me dar um terço com o qual rezava e pelo qual tinha apreço, depois de quase duas horas de conversa em um banco no corredor da Policlínica. Com nosso encontro, percebi a importância da fé naquele contexto e chamei os participantes da pesquisa por nomes de santos.

RESUMO

O avanço de casos de HIV/aids entre jovens se tornou objeto de preocupação de pesquisadores, gestores públicos e profissionais de saúde. Ao chegarem ao serviço público de saúde para iniciarem o tratamento, os jovens trazem demandas relativas ao impacto da soropositividade em seus projetos de vida que se iniciam. Nesta pesquisa, tivemos como objetivo analisar discursos sobre sexualidade e práticas sexuais de jovens vivendo com HIV e aids, em uma policlínica de referência na rede pública de saúde do município do Rio de Janeiro. Adotamos como referencial os princípios da análise dos discursos sociais e da produção social dos sentidos, de modo a evidenciar como o vínculo dos jovens com profissionais era um elemento importante de comunicação associado à humanização das práticas de saúde e à normatização das práticas sexuais. Para isso, desenvolvemos uma etnografia, de julho de 2013 a dezembro de 2014, na qual utilizamos para a coleta de dados as técnicas da observação participante de atendimentos individuais e de ações coletivas da policlínica, entrevistas com profissionais e jovens vivendo com HIV e aids e análise de documentos. Concluimos que, diante das dificuldades de comunicação, por exemplo, com familiares, esses jovens podiam encontrar no vínculo com os profissionais suporte no enfrentamento do HIV/aids. No entanto, esse vínculo nem sempre pressupunha a discussão sobre determinados aspectos da sexualidade, como os diversos sentidos que os jovens tinham do sexo seguro.

Palavras chave: jovens vivendo com HIV e aids, SUS, vínculo, sexualidade.

ABSTRACT

The advance of HIV/AIDS among young people became the object of concern to researchers, policy makers and health professionals. When they reached the public health service to start treatment, young people bring claims regarding the impact of seropositivity in their life projects that start. In this research, we aimed to analyze discourses about sexuality and sexual practices of young people living with HIV and AIDS, in a reference clinic in the public health of the city of Rio de Janeiro. We adopted the principles of analysis of social discourse and the social production of the senses in order to show how the bond of young people with professionals has been an important element of communication associated with the humanization of health practices and regulation of sexual practices. For this, we developed an ethnography, from July 2013 to December 2014, in which we use for data collection techniques of participant observation of individual consultations and collective actions in the polyclinic, interviews with professionals and young people living with HIV and AIDS and document analysis. We conclude that, given the difficulties of communication, for example, with family, these young people could find in the bond with the professional support in addressing HIV/AIDS. However, the bond not always presupposed a discussion about certain aspects of sexuality of young people, as the several ways to make safe sex.

Keywords: young people living with HIV and AIDS, public health service, bond, sexuality.

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS / ELOGIO AO GÊNERO	v
RESUMO	vii
ABSTRACT	viii
APRESENTAÇÃO	xi
Sentidos de vida	xi
INTRODUÇÃO	14
REFERENCIAL TEÓRICO	19
Comunicação, vínculo, discursos e sentidos	19
Sexualidade, práticas sexuais e desejo	24
METODOLOGIA	27
Etnografia	27
Local de pesquisa e Participantes do estudo	29
Procedimentos de coleta e Análise dos dados	32
CAPÍTULO 1 – COMUNICAÇÃO E VÍNCULO NA ATENÇÃO AO HIV/AIDS: UMA HISTÓRIA DE REFERÊNCIA DA CLÍNICA DE AIDS	37
1.1 A CRIAÇÃO DA CLÍNICA DE AIDS NO CONTEXTO DE MUDANÇA NO SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE BRASILEIRO	38
1.2 COMUNICAÇÃO PARA A “GUINADA” CLÍNICA DE AIDS: DISPOSITIVOS DE CONSTITUIÇÃO DE VÍNCULOS	43
1.2.1 A criação de O Grupo e de O Boletim: mobilizadores da participação social	45
1.2.2 Humanização das práticas de saúde na Clínica: modos de pertencimento	50
1.2.3 De O Grupo para Associação dos Usuários e Amigos do PAM: aproximações com o movimento social	52
CAPÍTULO 2 – VÍNCULOS ENTRE JOVENS VIVENDO COM HIV E PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA CLÍNICA DE AIDS DE HOJE	55
2.1 JOVENS NO PEDAÇO DA CLÍNICA DE AIDS	56
2.2. PRÁTICAS COMUNICATIVAS E MODOS DE PRODUZIR VÍNCULOS NOS PEDAÇOS DA CLÍNICA DE AIDS	59
2.2.1 “Grupo de recepção” da Enfermagem: “acolhimento”	59
2.2.2 Consultas médicas: espaço de comunicação entre profissionais e jovens	61
2.1.3 Rodas de conversa do serviço social: “escuta ativa” e “afeto”	63
CAPÍTULO 3 – JUVENTUDE, SEXUALIDADE E PRÁTICAS SEXUAIS: MARCADORES NA COMUNICAÇÃO ENTRE PROFISSIONAIS E JOVENS NA CLÍNICA DE AIDS	67
3.1: MULTIPERTENCIMENTOS: SOROPOSITIVIDADE E SENTIDOS DA JUVENTUDE	68
3.2 DISCURSOS SOBRE SEXUALIDADE E PRÁTICAS SEXUAIS DE JOVENS VIVENDO COM HIV E AIDS: ENTRE PRAZER E PERIGO	73
3.2.1 Discursos sobre medicação e prevenção nos atendimentos das clínicas de aids: fronteiras da sexualidade e do sexo seguro	79
3.2.2 “Desejo não dá em poste”: discursos sobre erotismo, prazer e desejo na comunicação entre profissionais e jovens	85

CONSIDERAÇÕES FINAIS	92
BIBLIOGRAFIA	95
ANEXOS	105
ANEXO 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE	105
ANEXO 2 - Quadro de participantes	106
ANEXO 3 – Pontos observados em campo	107
ANEXO 4 - Roteiro para entrevistas com jovens vivendo com HIV e aids	108

APRESENTAÇÃO

Sentidos de vida

Aos 20 anos, foram boas as transas com o que a vida universitária ofereceu: a primeira vez morando sozinho, festas, estágio, participação no movimento social. Tudo conforme meus desejos. Apenas as provas acadêmicas preocupavam. Até que, em 2010, tive uma infecção urinária e me pediram um teste de HIV. Sofri da coleta do sangue até o dia do resultado. No percurso dos dias, assustei-me com informações de casos clínicos que encontrei na internet. Lembro quando, no começo da adolescência, minha mãe jogou um pacote de camisinhas no meu colo e me disse para usá-las. Naquele momento, desejaria tê-la escutado.

Era começo de inverno e chuviscava em Santos-SP. Indo à policlínica para saber do resultado, minha cabeça estava nublada, contrastavam comigo algumas pessoas felizes na rua. Recordo que passei em frente a um shopping onde tinha uma fonte com uma estátua de Vênus, a deusa romana do amor e dos prazeres, do nome dela vem “venérea”, como eram chamadas as Doenças Sexualmente Transmissíveis, as DSTs.

Apreensivo, cheguei à policlínica, sentei e aguardei o atendimento. Foram os minutos mais difíceis daqueles trinta dias. Então, uma enfermeira me levou para uma sala onde me fez perguntas sobre minhas práticas sexuais. Respondi com desconforto. Na sequência, ela abriu um envelope branco com meu nome. Meus sentimentos oscilavam entre precisar de alguém do meu lado e não querer ninguém por perto, devido ao embaraço da situação.

Com um sorriso tímido, ela mostrou o papel e disse “Deu não reagente”, o teste tinha sido negativo. Enquanto ela fazia recomendações e me enchia de preservativos, mentalmente, comemorei e prometi nunca mais correr riscos sexuais, tamanho o sufoco que passara. Naquela ocasião, não imaginaria trabalhar com sexualidade e práticas sexuais de jovens com a idade que eu tinha na época e com a que tenho hoje, mas que tiveram uma resposta diferente da minha.

Essa história teve outros efeitos. Em 2011, apresentei minha monografia em comunicação social, na qual analisei reportagens sobre saúde de dois jornais impressos da Baixada Santista. Uma delas era sobre o cotidiano de pessoas vivendo com HIV e aids, as dificuldades enfrentadas na família, no trabalho e na escola. Foi quando comecei a refletir sobre a temática para pesquisa. Em meu estudo, também entrevistei editores e jornalistas. E, sem chamar de observação participante, visitei alguns cenários das reportagens para comparar com o que havia sido publicado. Foi o que mais gostei de fazer. Nesse ínterim, uma professora que lecionara a disciplina de etnografia em uma universidade de Moçambique, na África, sabendo dessa minha vivência de campo, me recomendou fazer leituras sobre o método da antropologia. Na universidade havia poucos livros da área, li um

sobre teorias antropológicas, foi o suficiente para me encantar.

Assim, concluído o curso de comunicação social, voltei para o Paraná, para estudar antropologia, em Curitiba. Com as etnografias redescobri o gosto pela leitura. Gostava tanto que faltei apenas a duas aulas. Uma no dia em que fiz a prova para o mestrado, para o qual fora aprovado e, por isso, ao final do curso, não pude realizar uma etnografia. Sendo assim, fiz um levantamento bibliográfico sobre antropologia da saúde e aids, com o qual creio ter aprendido, entre outras coisas, a olhar para categorias biomédicas a partir do pensamento antropológico.

Escolhi o Programa de Pós-Graduação em Informação e Comunicação em Saúde, da Fiocruz, devido às reflexões surgidas na monografia da comunicação social, como as sociabilidades de pessoas vivendo com HIV e aids. No projeto propus trabalhar na interface com a antropologia. A chegada foi difícil, parafraseando Malinowski, um dos pais da etnografia, imagine o leitor que, de repente, desembarca sozinho no Rio de Janeiro, rodeado por malas e sem conhecer os nativos. Nos dois primeiros meses, vivenciei dois tiroteios e vi três assaltos.

Mudei de bairro. Mais tranquilo, passei a aproveitar as disciplinas do mestrado para conhecer teorias, métodos e aprimorar meu objeto de estudo. Na teoria dos discursos sociais avistei a possibilidade do intercâmbio proposto. Trabalhar na pesquisa de materiais educativos sobre DST/aids de minha orientadora, no Laboratório de Comunicação e Saúde (Laces), me aproximou das diferentes dimensões da elaboração e execução de um projeto. Contribuí, de modo mais específico, com a análise de materiais sobre DST/aids destinados aos jovens, o que permitiu identificar, por exemplo, como eram representados nesses materiais, isto é, como pessoas cuja fase da vida ocorre a iniciação sexual e que precisam de responsabilidade para não se infectarem com o HIV. Esse aprendizado subsidiou a delimitação do problema deste estudo.

Também foi importante ter me aproximado do Museu Nacional. Lá, em 2013 e 2014, frequentei três disciplinas (Antropologia Urbana, Estudos em Sexualidade, e Gênero, Erotismo e Violência) e o Núcleo de estudos em corpos, gêneros e Sexualidades dissidentes (NuSEX). E vi como utilizar a etnografia como ferramenta metodológica para compreender os processos comunicativos. Além disso, as discussões acerca da sexualidade foram valiosas, de modo que as literaturas propostas serviram para fundamentar esta pesquisa.

Em meados de 2013, passei ir a uma Policlínica no centro do Rio de Janeiro. A imersão no campo teve como ancora a aproximação com a perspectiva de discursos adotada pela vertente da produção social dos sentidos e os aportes teóricos dos estudos sobre sexualidade, numa abordagem antropológica. No cotidiano da unidade de saúde, chamaram atenção o modo como, nas práticas comunicativas, o vínculo guiava os atendimentos dos profissionais de saúde às pessoas vivendo com HIV e aids. Nas falas sobre sexualidade e práticas sexuais, o desejo era tomado como categoria por esses profissionais. Assim, passei a pensar em teoria e no que o campo me mostrava. Em

concomitante, comecei a prestar mais atenção nos pacientes jovens, porque me considero jovem e por trazer recordações de minhas experiências. Desse modo, a categoria juventude também toma seu lugar na reflexão do objeto.

Por isso, a partir do olhar de um jovem aspirante a pesquisador, transitando no espaço, por vezes tenso e, por outras, produtivo, entre comunicação, antropologia e saúde coletiva, tem se constituído minha identidade profissional e, portanto, este estudo. Nele apareceram vozes das pessoas que conheci na Fiocruz, no Museu Nacional e na vida. Principalmente, as que tive o privilégio de encontrar na Policlínica. Embora conheça pouco de suas vidas, penso que me mobilizaram ao exercício de construir e analisar o objeto desta investigação. Sendo assim, todas elas já deram algum outro sentido à minha vida.

INTRODUÇÃO

Nos anos 1980, a emergência da aids provocou uma crise social, da saúde pública e do conhecimento científico sobre a sexualidade, tornando-se a mais grave das Doenças Sexualmente Transmissíveis, as DST (ESCOFFIER, 2006). Segundo Abramovay *et al.* (2004), isso se deu em função da descoberta que o sexo representa uma das formas de transmissão do HIV, o vírus causador da aids. Ainda, o HIV pode ser transmitido, por líquidos e secreções corporais, de mãe para filho durante a gravidez e na amamentação, pelo compartilhamento de seringas e por meio de transfusão de sangue contaminado (AMATO NETO, 1996; BASTOS, F. 2006).

No Brasil, desde que se notificam as infecções pelo HIV, a transmissão sexual é a principal causa de contaminação entre mulheres e homens acima dos 13 anos (BRASIL, 2012b). Por isso, o empenho dos pesquisadores para entender a sexualidade e as práticas sexuais se mostrou como um dos modos de enfrentar com maior eficácia a epidemia (PARKER, 2000b).

Em decorrência desse contexto, o “sexo seguro”, tido como “os hábitos da camisinha” (PAIVA, 2000. p 21), foi a prática mais estimulada por diversos setores, como o político, o científico e o movimento social, para a prevenção e o controle da doença. Um dos guias sexuais mais vendidos nos Estados Unidos, o *The Joy of Sex*, de 1972, traduzido no Brasil como *Os prazeres do sexo*, foi revisado em 1980 por causa da doença “estraga prazer”, sendo incluído um verbete sobre sexo seguro. No entanto, no novo guia, explicações que suscitavam ao uso da “camisa de vênus¹ como regra de boas maneiras sexuais” (COMFORT, 1987, p. 245) contrastavam com imagens do sexo desprotegido.

Na atualidade, pesquisadores têm problematizado o uso do termo sexo seguro porque, como as demais atividades humanas, o sexo não está isento de risco. Por isso, falam em “sexo mais seguro” (MONTEIRO, 2002; BASTOS, F. 2006). E o estímulo ao uso do preservativo é pedra angular nas políticas de saúde, pois continua sendo “uma das tecnologias mais eficientes disponíveis para a prevenção sexual” (UNAIDS, 2013, p. 16)².

¹ Foi na Idade Média que teria surgido o protótipo do que é o atual preservativo feito de látex. Era feito de membrana animal e conhecido como “camisa de vênus”, em alusão a deusa romana Vênus. Em 1826, o papa Leão XII condenou seu uso, pois iria a contramão das intenções divinas de punir os imorais. Posteriormente, passou a se chamar *condom* (SINGERIST, 2011).

² Em 2000, a Organização das Nações Unidas (ONU, apud MOREL, 2004) estabeleceu oito objetivos de desenvolvimento, 18 metas e 48 indicadores de progresso. O combate a aids, a malária e a outras doenças é o sexto objetivo da lista. Como metas a ONU pretende estabilizar a disseminação dessas doenças e começar a reverter as epidemias até 2015. Em 2011, a Programa Conjunto das Nações Unidas em HIV/AIDS, a Unaid, criou uma Declaração Política sobre HIV e AIDS para intensificar os esforços sobre essas metas, buscando reduzir a transmissão sexual do HIV pela metade nesse prazo. Entre as ações propostas pela Declaração está o fortalecimento de programas de distribuição de preservativos e lubrificantes, e a demanda por indicadores nacionais do conhecimento sobre o vírus e o uso do preservativo entre jovens (UNAIDS, 2014).

No Brasil, as políticas estão centradas no diagnóstico precoce da infecção, no tratamento e na prevenção (BRASIL, 2013)³. E a distribuição gratuita de preservativos é uma política desde os anos 1990 (PAIVA *et al.*, 2008). Porém, conforme considerou Biehl (2011), no âmbito político, seriam pouco consideradas realidades locais, reivindicações de direitos básicos e desejos das pessoas vivendo com HIV e aids.

De fato, partir de 2000, na maioria dos países as pessoas têm adotado comportamentos sexuais mais seguros e o nível de conhecimento da transmissão sexual do HIV tem aumentado, por exemplo, entre jovens. Mesmo assim, em 2012, em países pobres e de renda média, como o Brasil, estimava-se existir cerca de 2,1 milhões de adolescentes vivendo com HIV e aids (UNAIDS, 2013).

Somente no Brasil, de 2004 a 2013, entre jovens do sexo masculino, de 15 a 19 anos, houve um aumento de 120% nos casos, e entre os de 20 a 24 anos, de 75,9%. No mesmo período, entre jovens do sexo feminino, de 15 a 19 anos, houve um aumento de 10,5%. E uma sensível queda, entre as de 20 a 24 anos. Quanto à orientação sexual, de um modo geral, entre homens heterossexuais, de 13 anos ou mais, a incidência vem diminuindo nos últimos dez anos. Mas entre homens que fazem sexo com homens, tais como gays e bissexuais, houve um crescimento. Sendo maior entre os que têm até 29 anos, nos quais a proporção mais que dobrou comparando-se 2004 com 2013. Além disso, grupos como jovens gays e transexuais são prioridades em ações de saúde (BRASIL, 2014a).

Em geral, os jovens são considerados uma “população chave” no enfrentamento da epidemia (WHO, 2014). Sendo a juventude uma época de preocupação em relação à aids por diversas razões. Normalmente, é quando ocorre o início da vida sexual. E porque é associada, em nossa cultura, “a ideias como risco, perigo, rebeldia, falta de juízo, ênfase no presente, irresponsabilidade” (KNAUTH & GONÇALVES, 2006, p. 103-104). A juventude é descrita como uma fase de estilos, excessos, enfrentamentos familiares, pessoais, sociais, escolares, profissionais e amorosos. Entretanto, definir a juventude é considerar “seu caráter impreciso, relacional e contextual” (*ibid.*, p. 98).

Dessa maneira, embora a faixa etária seja um dos marcadores sociais para delimitar a categoria⁴, “jovens com idades iguais vivem juventudes desiguais.” (NOVAES, 2006, p. 105). Isso pode ocorrer por serem de classes sociais e econômicas distintas. Por isso, há jovens que assumem

³ Em entrevista concedida a Cisterna (2014), o então diretor do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais afirmou que, em 2015, seriam disponibilizados testes de HIV em farmácia. No entanto, uma das críticas do movimento social é que o diagnóstico deve ter acompanhamento de profissionais de saúde, que oferecem apoio médico, psicológico e social.

⁴ Órgãos e instituições internacionais e nacionais entendem que jovens são pessoas de 15 a 24 anos (BRASIL, 2013; UNAIDS, 2013; WHO, 2014). No entanto, é recorrente o uso da categoria adolescentes, pessoas de 10 a 19 anos (WHO, 2014). É preciso considerar, ainda, o termo “jovens adultos” (WHO, 2014). Neste trabalho, adotamos “jovens”, categoria mais utilizada nas ciências sociais, dando atenção a outros marcadores sociais para além da idade.

responsabilidades de adultos mais cedo. Ainda, gêneros, orientações sexuais, raças e etnias, locais de moradia e origens geográficas podem ser definidores de diferentes visões de mundo, pensamentos e crenças. Também é fundamental considerar a geração, como chamou atenção Velho (2006). Afinal, as gerações atuais se diferem das anteriores. Além desses, a soropositividade deve considerada como um marcador social.

A literatura sobre a sexualidade de jovens vivendo com HIV e aids é bem menor que a produzida sobre sexualidade de jovens em geral, o que pudemos observar a partir de dois levantamentos bibliográficos. Em consulta aos títulos dos 440 artigos do levantamento realizado no âmbito do projeto *Materiais educativos sobre DST/Aids: um dispositivo da memória e das práticas comunicativas vigentes neste campo*, feito na biblioteca virtual *Scientific Eletronic Library Online* (Scielo), que concentra parte da produção publicada em periódicos latino americanos, foram encontrados 80 artigos sobre a sexualidade de jovens. Embora esse levantamento atendesse aos objetivos daquela pesquisa, os descritores utilizados e o recorte temporal estabelecido, de 1996 a 2012, ofereceram um corpus amplo de artigos publicados em diversos países⁵. O que permitiu incorporar seus resultados ao escopo de nossa pesquisa.

Destes 80 artigos foram lidos os títulos e resumos buscando identificar se a temática da sexualidade entre jovens estava presente. De modo geral, notamos que os estudos abordavam a temática da aids a partir de pesquisas que verificaram o conhecimento e as concepções sobre a prevenção, as práticas sexuais, bem como de ações educacionais e na família, e da atenção à saúde de jovens. Deste conjunto, identificamos apenas dois únicos artigos que abordavam a sexualidade de jovens vivendo com HIV e aids (GUERRA & SEIDEL, 2009; ZUCCHI *et al.*, 2010). Estes incluíram crianças que têm a mesma sorologia e colocaram a temática da sexualidade em segundo plano, em detrimento da revelação do diagnóstico, da adesão ao tratamento e do estigma e da discriminação vivenciados por eles na escola. Nesses estudos, a sexualidade aparece como um “problema”, como uma possibilidade e não como efetividade. Devido ao medo de revelarem a sorologia aos parceiros e de se relacionarem, o risco sexual e o preconceito da família deles por parte de educadores e pais dos colegas de escola.

A partir dos achados desse levantamento, que indicaram dois estudos na temática abordada, optamos por realizar uma nova busca, também no *Scielo*, porém com os descritores *HIV, AIDS, jovens e adolescentes*. Nessa busca, feita de julho a dezembro de 2014, procuramos identificar a

⁵ Nesse projeto, coordenado pela pesquisadora Adriana Kelly Santos, do Laboratório de Comunicação e Saúde (Laces/Fiocruz), foi realizado um levantamento bibliográfico, no período de fevereiro de 2012 a julho de 2013, para identificar a produção científica sobre comunicação, HIV/aids e DSTs. O recorte temporal estabelecido foi de 1996 a 2012, considerando o ano de 1996 uma referência no tratamento da doença, devido ao acesso gratuito aos medicamentos antirretrovirais ser assegurado por lei a todo cidadão brasileiro. Nessa busca foram utilizados os descritores: DST, AIDS, HIV, comunicação, materiais educativos, educação, campanhas, direitos sexuais e gênero. Ao todo, foram encontrados 440 artigos em periódicos *nacionais* e *internacionais*, os quais estão em análise pela equipe do projeto, da qual faço parte desde julho de 2013.

produção *nacional* sobre sexualidade de jovens vivendo com HIV e aids. Foram encontrados 69 artigos que abordavam a temática da sexualidade de jovens. Destes, quatro trabalhavam a sexualidade de jovens vivendo com HIV e aids, os quais foram lidos na íntegra⁶. Mesmo cientes da limitação do levantamento empreendido, pelo fato de não termos ampliado a pesquisa para outras bases de dados como *PubMed* e *Medline*, dado ao tempo que esta tarefa exigiria, consideramos que os resultados do levantamento realizado indicam para importância de pesquisas com jovens vivendo com HIV/aids, principalmente, no que se refere à temática da sexualidade.

De fato, Paiva *et al.* (2011) afirmaram que apenas recentemente a sexualidade e a saúde reprodutiva de pessoas vivendo com HIV e aids têm sido adotadas como questões importantes no cuidado e no bem estar. Em se tratando dos jovens, raramente as políticas de saúde consideram a sexualidade como um direito, a não ser em casos de abuso, de gravidez e de DSTs. E no cotidiano dos serviços de saúde, jovens teriam suas demandas pouco valorizadas.

Além disso, nos quatro artigos o grupo era nomeado de várias maneiras, como “jovem vivendo com HIV e aids”, “*jovem vivendo*”, “jovens+”, “jovens adultos”, “adolescentes vivendo com HIV e aids”, com idades variando de 13 a 31 anos, o que nos mostra como nomeação e faixa etária ainda não estão delimitadas. Em termos da sexualidade, esses estudos trazem a sexualidade dos jovens vivendo com HIV e aids como um direito, embora seja permeada por responsabilidades da faixa etária e da condição sorológica.

Optamos, em nossa pesquisa, por utilizar jovens vivendo com HIV e aids, por envolver aspectos epidemiológicos, políticos e sociais. Segundo C. Cunha (2011; 2012), o jovem vivendo com HIV e aids é um “novo personagem” no cenário da aids. De modo que, desde o início da epidemia e até pouco tempo, os jovens diagnosticados com HIV eram classificados em outros grupos. No entanto, foram realocados por serem uma das populações mais atingidas. Compõe-se, principalmente, de jovens que se infectaram por vias sexuais e por transmissão vertical. Ainda, a utilização do termo “*jovem vivendo*”, com a supressão do “com HIV e aids”, seria uma forma de lembrar da “aids de agora”, na qual sexualidade é direito e saúde, podendo ser erotizada. Nesse novo momento, o adoecimento e a morte estariam escondidos, a reprodução seria omitida e a sexualidade prevenida etc.

⁶ Para essa busca foi mantido o mesmo recorte temporal estabelecido no escopo do projeto citado acima, e foram utilizados os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), na língua portuguesa, “jovens”, “adolescente”, além de “HIV” e “AIDS”. Feitas quatro combinações, cada um dos primeiros com cada um dos dois outros descritores. Depois, eliminados os duplos. Chamou atenção o fato de que, embora “adolescente” seja um descritor no qual esteja incluído o sinônimo “jovens”, ao fazer a procura usando este último, obtivemos um número maior de artigos. Ainda, são sinônimos de “adolescente”: “adolescentes”, “jovem”, “adolescência” e “juventude”. Os artigos encontrados sobre sexualidade de jovens vivendo com HIV e aids foram publicados em três revistas brasileiras (duas de saúde coletiva e uma de educação) e uma latino-americana (de sexualidade, saúde e cultura). As pesquisas foram realizadas online, em ambulatórios, hospitais e organizações não governamentais (ongs). Os dados foram coletados a partir de observação participante/etnografia, entrevistas em profundidade, semiestruturada ou questionário sócio demográfico. E interpretados segundo análise cultural, análise dos discursos, análise temática ou análise hermenêutica.

Assim, esse personagem foi construído no limiar de seu perfil epidemiológico, de acordo com critérios de idade, orientação sexual e gênero; político, pois, ideologicamente, os números epidemiológicos são orientados pela luta social; e moral, afinal, seria um “perigo” pela idade. Por isso, a saúde entraria como um dever, uma ética e estética que impossibilitariam o surgimento da feiura, da dor, do adoecimento e da morte. E na orientação para o “cuidado de si”, nos termos foucaultianos, de modo que, responsavelmente, eles usem o preservativo (CUNHA, C. 2012).

Trabalhando na perspectiva dos projetos de vida desses jovens, Meyer e Félix (2014), observaram como o diagnóstico os “obriga” a organizar a vida e leva-la “com cuidado”. De modo que é preciso “agir com cautela, seguir prescrições, aderir aos tratamentos, etc.”. O que nos mostra como o “cuidado de si” não está apenas ligado à prevenção, mas às rotinas de consultas médicas, a preocupação com os exames e ao tratamento seguido continua e corretamente. Soma-se a isso o fato de “se a vida dos/as jovens em geral é dimensionada por noções adultocêntricas de juventude, à vida dos/as *jovens+* é acrescida a necessidade de cuidar-se e assumir responsabilidades consigo e com os/as parceiros/as.” (ibid., p. 191).

Nessa perspectiva dos projetos de vida, Oliveira *et al.* (2012) entrevistaram jovens cuja transmissão foi vertical. E constataram uma informação recorrente nessas pesquisas: o desejo de constituírem família e de terem filhos. No entanto, existia a preocupação de revelar a condição sorológica aos parceiros, com medo da rejeição. Nessas e em outras situações, o acolhimento e o vínculo com profissionais de saúde era importante no enfrentamento, pois minimizava o sofrimento e ajudava na elaboração e concretização dos projetos de vida.

No entanto, em seu estudo Paiva *et al.* (2011) destacaram que os jovens vivendo com HIV e aids indicaram a necessidade de apoio e orientações mais precisas e detalhadas dos profissionais de saúde, por exemplo, sobre o uso do preservativo, sexo oral, uso de anticoncepcionais e a possibilidade de terem filhos. E nem sempre eles estavam confortáveis ou completamente informados sobre prevenção sexual ou vertical do HIV.

Mediante o exposto, considera-se a relevância desta pesquisa, em virtude da escassez de estudos que discutem as inter-relações sexualidade, práticas sexuais, sexo seguro e desejo, especificamente, sobre os discursos e sentidos produzidos por jovens vivendo com HIV e aids acerca dessas categorias. Aliado a isso, a situação epidemiológico/de saúde pública da aids indica para o aumento de número de casos de jovens infectados pelo HIV e as políticas direcionam para a necessidade de pesquisas com este grupo.

A partir dessas considerações, se coloca a questão que norteia nossa pesquisa: *quais são os discursos sobre sexualidade e práticas sexuais de jovens vivendo com HIV e aids, em um serviço público de saúde?* E como questão decorrente dessa: *quais as inter-relações entre sexualidade, desejo e sexo seguro?*

Como parte do processo de investigação de tais questionamentos, partimos de algumas premissas que nos ajudaram a pensar em discursos sobre sexualidade e práticas sexuais de jovens vivendo com HIV e aids: 1) Na compreensão dos discursos sobre sexualidade e práticas sexuais de jovens vivendo com HIV e aids, seria importante o estudo das práticas comunicativas no serviço de saúde onde se tratam. Desse modo, o vínculo seria um dos elementos para entender sua tematização; 2) A sexualidade, e conseqüentemente o desejo, estaria sujeita a normas, como a do sexo seguro. No entanto, o desejo pode ser uma força contrária às normas do dispositivo da sexualidade. Por isso, existiriam práticas sexuais de risco. Isso explicaria, por exemplo, os diversos sentidos pelos quais as pessoas entendem a prevenção; 3) O desejo contribuiria na produção de sentidos outros do sexo seguro, como o uso contínuo da medicação e a confiança no parceiro.

Desse modo, buscamos neste trabalho analisar discursos sobre sexualidade e práticas sexuais de jovens vivendo com HIV e aids, em um serviço público de saúde. De modo mais específico, pretendemos identificar os sentidos sobre desejo e sexo seguro e suas inter-relações nos discursos sobre sexualidade e práticas sexuais de jovens vivendo com HIV e aids; e identificar as práticas comunicativas nos diferentes espaços do serviço público de saúde, onde os jovens se vinculam aos profissionais de saúde e onde conversam sobre sexualidade e práticas sexuais.

REFERENCIAL TEÓRICO

Comunicação, vínculo, discursos e sentidos

Historicamente, a comunicação tem sido utilizada em políticas como forma de intervir na saúde de grupos e sociedades. Desde o início do século XX, ela foi um meio para alterar e fazer com que os sujeitos internalizassem “valores e comportamentos saudáveis e preventivos.” (ARAUJO & CARDOSO, 2007, p. 40-41).

As ações de educação sanitária, nessa época, tiveram como concepção o modelo informacional de comunicação, o qual tem prosperado nas políticas e ações de saúde. Na lógica informacional, o processo de comunicação é marcado pela bipolaridade emissor-receptor e estruturado de forma linear. O emissor codifica uma mensagem (significado mais significante), a qual é transmitida por um canal, sem a interferência externa (ruídos), ao receptor para sua decodificação. O apagamento dos ruídos denota a importância da língua na criação de código comum para uma comunicação plena e para a difusão da mensagem (ARAUJO & CARDOSO, 2007). Além disso, para Araujo e Oliveira (2012), este modelo no âmbito da saúde assume o caráter prescritivo dos avanços científicos e tecnológicos, legitima o saber biomédico e responsabiliza o receptor por sua saúde.

No século XX, antropólogos da Escola de Palo Alto, nos Estados Unidos, também criticaram esse modelo. Em uma leitura funcionalista, Gregory Bateson defendeu que buscar uma teoria geral da comunicação não significaria reducionismo e causalidade. Mas “um convite aos estudos das reações complexas, das circularidades, numa busca que, aliás, tende a multiplicar os níveis de análise (...)”, explicou Maigret (2012, p. 141).

Na lógica do modelo informacional, a comunicação pode ser entendida como uma “ciência da conduta” na saúde. Conforme explicou Minayo (1998), depois da 2ª Guerra Mundial, antropólogos europeus e estadunidenses vieram locais, nos países do hemisfério sul, para desenvolverem seus modelos de saúde pública, por meio da educação sanitária e da orientação para a erradicação de doenças. A partir dos anos 1970, organismos internacionais de saúde investiram no fortalecimento da relação da antropologia com a medicina, para entenderem as resistências às campanhas sanitárias empreendidas. Nessa época, a antropologia médica se desenvolveu voltada para a adequação de normas, saberes e linguagem biomédica dos povos colonizados e subdesenvolvidos, por isso de integrar as ciências da conduta.

Dessa maneira, com relação à aids, pensamos que o modelo informacional pode ser pensado ao analisarmos como políticas e ações de saúde buscam, segundo defendeu Paiva (2000), mudar práticas sexuais que, de alguma maneira, estão enraizadas na cultura. Funcionando, cremos, como uma ciência da conduta, nos termos acima propostos.

De fato, desde o início da epidemia a comunicação teve centralidade. Segundo Pierret e Herzlich (2005, p. 73), “foi a imprensa que, em sentido estrito, fez existir a aids para o conjunto da sociedade” e que lhe conferiu o status de “fenômeno social”. Em 30 de outubro de 1985, o jornal *Le Figaro*, da França, noticiou “A AIDS é a primeira doença da mídia”. O que mostra como a aids convocou a mídia para sua responsabilidade. Podemos ilustrar isso pela manchete que trouxe a revista brasileira *Imprensa*, em agosto de 1989: “AIDS, a imprensa encurralada” e no subtítulo: “Cobertura de alto risco – Envolta em preconceitos e numa forte carga emocional, a AIDS se transformou num drama profissional no cotidiano das redações”.

Foi nos Estados Unidos, onde junto com a França apareceram os primeiros casos da doença, que a mídia nomeou a aids como “câncer gay”, devido a infecção de homossexuais, que apresentavam um tipo raro de câncer e pneumonia. Na mídia brasileira, inicialmente, a aids era vista como uma “doença do primeiro mundo” e “doença dos ricos”, pela incidência e concentração dos primeiros casos no hemisfério norte (BASTOS, C.1999) Principalmente porque pessoas conhecidas infectadas pelo HIV ganharam destaque. Em 1990, a morte do cantor Cazuza causou grande comoção nacional (BRASIL, 2014b)⁷.

⁷ Conforme comentaram Malta e Bastos (2012), atualmente, o governo tem investido em campanhas no rádio, na TV, em jornais e outros meios de comunicação de massa, sobre informação e educação acerca de prevenção, como uma

No entanto, entendemos a comunicação de modo mais amplo. Pois, em se tratando de aids, conforme explicaram Parker *et al.* (1995), conhecimentos, crenças e sentidos do sexo são transmitidos e aprendidos por outros mecanismos formais e informais, tais como rituais, programas educacionais, na conversa com especialistas, parentes e amigos, em piadas, histórias, fofocas.

Para Sodré (2001; 2002), a comunicação pode ser classificada em três eixos: veiculação, cognição e vinculação. A veiculação envolve as técnicas e práticas com visada empresarial, voltadas para a relação entre pessoas por meio de tecnologias da informação, como a mídia. Essas tecnologias interferem amplamente nas sociabilidades contemporâneas. Por isso, a maior parte dos estudos de comunicação está concentrada no entendimento do fenômeno de “mídiação” da vida. A cognição pode ser exemplificada pelo investimento intelectual em averiguar, sistematizar e analisar a comunicação, o que nos propusemos nesta pesquisa. E o vínculo é o objeto primordial da comunicação, ao possibilitar que as pessoas estabeleçam relações sociais e criem laços afetivos. De modo que a partir a vinculação existe uma “reciprocidade comunicacional”.

Em aspectos gerais, o vínculo é objeto de preocupação desde os precursores das ciências sociais. Pelo menos desde o século XIX, sob influência do liberalismo e de sua expressão nos direitos individuais, pensadores como Alexis de Tocqueville colocaram em xeque os antigos vínculos familiares e religiosos aos quais os indivíduos estariam restritos, desde a Idade Média (LALLEMENT, 2012). Embora, já a partir dos séculos XIV e XV, como lembrou Velho (2001), os processos que possibilitaram a transição do sistema feudal para a vida em cidades, como a abertura do comércio europeu para as colônias, o Renascimento cultural, artístico e científico, e, posteriormente, a Revolução Industrial, viessem modificando as relações sociais. “Assim, a trajetória individual e a biografia tornam-se cada vez mais centrais na visão de mundo moderno-ocidental”. (ibid., p. 17-18).

No início do século XX, buscando consolidar a sociologia e seu objeto, e inspirados pelo método etnográfico utilizado por Franz Boas e outros antropólogos, pesquisadores da Escola de Chicago, nos Estados Unidos, analisaram a expansão urbana, impulsionada pela efervescência industrial, e defenderam que a antiga organização social teria se modificado, concretamente, para relações sociais formais e ocasionais (PARK, 1999; LALLEMENT, 2012). Por isso,

O resultado deste processo é a ruptura ou a modificação da velha organização social e econômica baseada nos *vínculos* familiares, as associações locais, a cultura, a casta e o status, para substituí-la por uma organização fundada sobre o ofício e os interesses profissionais. (PARK, 1999, p. 59) [grifo nosso]⁸.

maneira de reduzir o estigma e a discriminação. No entanto, chamamos atenção à internet, plataforma pela qual as gerações encontram um novo espaço de sociabilidade e de acesso à informação.

⁸ Todas as citações em outra língua foram traduzidas. Nas notas de rodapé, trouxemos a citação original: “El resultado de este proceso es la ruptura o la modificación de la vieja organización social y económica de una sociedad basada en

Desse modo, nas sociedades capitalistas contemporâneas, o entendimento do indivíduo e de sua subjetividade ocorre por meio de seus “multipertencimentos” (VELHO, 2001; 2006). Por isso,

Os indivíduos, especialmente em meio metropolitano, estão potencialmente expostos a experiências muito diferenciadas, na medida em que se deslocam e têm contato com universos sociológicos, estilos de vida e modos de percepção da realidade distintos e mesmo contrastantes (VELHO, 2001, p. 20).

Mesmo assim, na ordem das sociabilidades⁹, é necessário observar para entender em que medida os vínculos entre as pessoas são mais ou menos estreitos. Para Santos (2006), na atualidade, há um adensamento técnico, informacional e comunicacional, que intensifica as redes de negócios e de sociabilidades, privilegiando alguns setores e atores. Dando suporte ao processo de globalização o qual cria redes de produção, comércio, transporte e informação em escala mundial. Nesse contexto, a densidade comunicacional é o modo pelo qual as pessoas criam “interdependência obrigatória e solidária”.

Em relação ao HIV/aids, o vínculo assume função estratégica no serviço público de saúde. Como identificou C. Cunha (2010), em etnografia com mulheres grávidas vivendo com HIV e aids de camadas populares da Baixada Fluminense, o vínculo com o médico era responsável pela aderência delas ao tratamento. Para F. Bastos (2006), o vínculo transcende disposições institucionais, porque a responsabilidade dos profissionais não está apenas em prescrever remédios, solicitar e analisar exames, mas ajudar na construção do projeto de vida das pessoas. Sobre isso, cabem duas observações.

A primeira delas compartilhamos com Kelly-Santos (2009), que considera o vínculo como uma categoria teórica e empírica presente no contexto das práticas comunicativas nos serviços de saúde. Para ela, o vínculo é um elemento operativo na relação paciente-profissional de saúde-serviço de saúde, isto é, por ele é possível produzir e negociar sentidos e práticas acerca do processo saúde-doença-adoecimento. Quando valorizadas as dimensões dialógica, polifônica, da escuta ativa e da alteridade, constitutivas do vínculo, a comunicação entre essas pessoas tende a ser menos assimétrica, com maior troca de experiências, e coloca em xeque valores, crenças e costumes pré-construídos e/ou cristalizados.

los vínculos familiares, las asociaciones locales, la cultura, la casta y el status, para sustituirla por una organización fundada sobre el oficio y los intereses profesionales”.

⁹ Por sociabilidades entendemos o conjunto das relações sociais que, historicamente, possibilitam o surgimento de tecnologias e processos produtivos, de trocas materiais e simbólicas, e nas quais existem conflitos de classes (MARX & ENGELS, 2011). No entanto, essas sociabilidades não estão restritas ao trabalho, e demos atenção ao sujeito (WEBER, 1974), suas subjetividades e os modos de vinculação ao corpo social.

Seguindo esse raciocínio, a segunda observação parte dos estudos antropológicos de Fainzang (2012) no contexto da saúde. Pelos quais podemos pensar no vínculo como uma comunicação “implícada”, termo que, segundo esta última, alguns antropólogos franceses utilizaram, em meio ao avanço da aids nos anos 1980, para se posicionarem politicamente no enfrentamento da doença e em relação aos colegas que tinham práticas de trabalho “aplicadas”, isto é, intervencionistas.

Com base nessas perspectivas, em nosso estudo, o vínculo pode ser considerado um analisador de uma série de elementos relacionados às sociabilidades e intersubjetividades¹⁰ intrínsecas ao processo comunicativo na atenção aos pacientes de HIV/aids.

Neste trabalho, a comunicação também foi pensada como o processo pelo qual os sujeitos produzem, fazem circular e se apropriam dos sentidos sociais (ARAÚJO & CARDOSO, 2007). Dito de outro modo, os sujeitos produzem sentidos das coisas, a partir do vínculo que estabelecem entre si, situacional e contextualmente, considerando o lugar do qual falam e para quem falam, bem como as condições históricas, políticas e culturais envolvidas nesse processo (ARAÚJO, 2000; KELLY-SANTOS, 2009).

Para isso, partimos das categorias discursos e sentidos, por considerar que é por meio dos discursos que emergem esses sentidos. Dito de outra maneira, é no processo das produções discursivas que os sentidos são constituídos. Desse modo, a análise dos discursos sociais e dos sentidos é, também, a da comunicação que estabelecem as pessoas, ou do vínculo. Mas, o que são discursos e sentidos?

Explicando a partir de sua reflexão sobre a sexualidade, Foucault (2001) afirmou que discurso é o modo como a nomeamos, descrevemos, metaforizamos, explicamos e julgamos. Por isso, discursos constituem as coisas. Em uma leitura de Foucault, Fairclough (2001, p. 22) disse que

os discursos não apenas refletem ou representam entidades e relações sociais, eles as constroem ou ‘constituem’; diferentes discursos constituem entidades chave (sejam elas a ‘doença mental’, a ‘cidadania’ ou o ‘letramento’) de diferentes modos e posicionam as pessoas de diversas maneiras como sujeitos sociais (por exemplo, como médicos ou pacientes) (...).

Ao passo que os sentidos seriam a maneira como esses discursos são articulados para constituírem as coisas, a partir do vínculo entre as pessoas. Os sentidos

(...) determinam o feixe de relações que o discurso deve efetuar para poder falar de tais ou tais objetos, para poder abordá-los, nomeá-los, analisa-los, classifica-los, explica-los etc. Essas relações caracterizam não a língua que o discurso utiliza, não as circunstâncias que ele se desenvolve, mas o próprio discurso enquanto *prática* (FOUCAULT, 2008, p. 51-52) [grifo nosso].

¹⁰ Por subjetividade entendemos os processos pelos quais, “sujeitos” às crenças e valores sociais, bem como às normas sociais, os indivíduos pensam, produzem e agem também conforme seus próprios agenciamentos (GUATTARI & ROLNIK, 2011). Posto que a intersubjetividade são os vínculos que estabelecem com os outros indivíduos.

Ainda, a noção de sentido busca substituir a de significado, que tem sua origem na semiologia e é utilizada pelo modelo informacional. Pois, significado “carrega a ideia de algo pronto, cristalizado e imanente, isto é, de que cada objeto possui um significado estável, próprio, que independe das circunstâncias.” (ARAÚJO, 2000, p. 120). Dessa maneira, “na perspectiva do *sentido*, o que realmente importa é o processo, não a estrutura. Decorrentes dessa natureza dinâmica do conceito são os termos *produção de sentido* e *efeitos de sentido*.” (idem). Daí podermos pensar a comunicação como uma prática discursiva e um processo de produção, circulação e apropriação de sentidos.

Além disso, Fairclough (2001) chamou a atenção para algo importante. Se os discursos constituem a realidade, sendo naturalizados, tornando-se convencionais e hegemônicos, então, é sobre este ponto que outros discursos devem tensionar para que a realidade venha a mudar. Esse posicionamento ajuda a problematizar o próprio modelo informacional, quando propomos uma comunicação vista como vínculo e como produção social de sentidos e não somente como a transmissão de informações.

Sexualidade, práticas sexuais e desejo

De um modo amplo, Abramovay *et al.* (2004, p. 29) definiram a sexualidade como

uma das dimensões do ser humano que envolve gênero, identidade sexual, orientação sexual, erotismo, envolvimento emocional, amor e reprodução. É experimentada ou expressa em pensamento, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, atividades práticas, papéis e relacionamentos. Além do consenso de que os componentes socioculturais são críticos para a conceituação da sexualidade humana, existe uma clara tendência, em abordagens teóricas, de que a sexualidade se refere não somente às capacidades reprodutivas do ser humano, como também ao prazer. Assim, é a própria vida. Envolve, além do corpo, nossa história, nossos costumes, nossas relações afetivas, nossa cultura.

Neste estudo trabalhamos com a sexualidade a partir do construcionismo. Em síntese, Weeks (1981) explicou que a sexualidade, sob ótica do pensamento construcionista, se diferencia do modo como a entendiam pensadores essencialistas, para os quais ela estaria restrita aos órgãos sexuais e às funções reprodutivas. E a sistematizou em quatro vertentes: a psicanalítica, com os freudianos e lacanianos, preocupados com a dimensão psicológica da sexualidade; a interacionista, em que estão nomes como Gagnon e Simon, que se interessaram por roteirizar condutas sexuais¹¹ a

¹¹ O conceito de conduta sexual foi criado por Ernest W. Burgess para diferenciar pensamentos e intenções do comportamento sexual, a ação concluída (GAGNON, 2006). Ainda, na constituição das identidades sexuais, as práticas sexuais, isto é, as relações sexuais penetrativas (vaginal, anal e oral) e as carícias nas relações femininas homoeróticas,

partir das interações entre as pessoas; a feminista e a discursiva, ambas com influências de Foucault e seus seguidores. Para Escoffier (2006), a compreensão foucaultiana da sexualidade tinha como pressuposto que “o eu é socialmente construído e que a sexualidade é moldada por meio da coordenação corporal e da interação simbólica de sujeitos sociais” (ESCOFFIER, 2006, p. 26).

Foucault (1988; 2012) defendeu que, a partir do século XVIII, uma rede de instituições, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, de produção de estratégias de poder e de saber passaram a constituir o “*dispositivo* da sexualidade”. Seus mecanismos estimulam corpos, intensificam prazeres e, ao mesmo tempo, controlam resistências.

Com esse dispositivo, em diversas instâncias políticas e sociais, houve uma proliferação de discursos sobre a sexualidade. Por exemplo, a medicina ofereceu formas científicas bem aceitas de se “fazer falar” sobre o sexo, em exames, interrogatórios e hipnose. Por isso, para Foucault (1988), ao estudar a sexualidade seria preciso averiguar suas interdições e permissões, a importância de negar seus efeitos, as palavras que lhe conferem sentidos, quem fala, em que lugares, sob quais pontos de vista, quais instituições produzem saberes etc.

Problematizando esse pensamento, Gagnon (2006) considerou que, além dos discursos, seria necessário investigar práticas sexuais. Em se tratando de aids, a partir dos anos 1980, essa ideia passou a ser relevante. Por isso, podemos dizer que são nas tramas discursivas, nos diferentes contextos sociais e históricos, que práticas sexuais se constituem.

De fato, no dispositivo da sexualidade, o sexo é uma noção importante. Afinal, nele se agrupam elementos da anatomia, funções biológicas, condutas, sensações e prazeres. Com o sexo foi criado um dos princípios de funcionamento da sexualidade, não o de sua repressão, mas “o desejo do sexo – desejo de tê-lo, de aceder a ele, de descobri-lo, liberá-lo, articulá-lo em discurso, formulá-lo em verdade.” (FOUCAULT, 1988, p. 146).

Em termos foucaultianos, ou ainda, construcionistas, o desejo seria construído na interferência da exterioridade (FOUCAULT, 1984; 1985; 1988). No entanto, conforme ponderou Fairclough (2001, p. 69), se o discurso não apenas reflete a realidade, mas a constitui, então, “as questões de subjetividade, identidade social e domínio do eu devem ser do maior interesse nas teorias de discurso e linguagem, e na análise discursiva e linguística”. Por isso, neste trabalho o desejo foi entendido como a força que se constitui a partir da realidade externa e também interna do sujeito. Essa força suscita ao ato em geral, como o sexual.

O estudo do desejo é tradicional em disciplinas como a filosofia¹² e a psicanálise. Sendo assim, diversos pensadores contribuíram para pensá-lo. No entanto, foi Freud quem primeiro teria problematizado a ligação entre sexualidade e desejo, quando desenvolveu sua teoria sobre o inconsciente, plano no qual eles estariam interligados (MASCARENHAS, 2012).

Contudo, segundo Gregori (2010, p. 3), o desejo é um “tema pouco abordado em termos antropológicos”. Mesmo assim, é preciso considerar que, no início do século XX, Malinowski ([1927] 2013) reconheceu a importância que Freud deu, nos termos daquele, ao ato de tirar “a folha da parreira”. Mas o antropólogo observou que, inicialmente, em seu estudo do complexo de Édipo, Freud não se preocupou com o meio social e cultural. Somente depois ele propôs “(...) um sistema pelo qual devia ser explicada a maior parte dos fenômenos do corpo e do espírito, da sociedade e da cultura”, explicou Malinowski (ibid., p. 93).

Assim, para Malinowski (ibid., p. 120), o interesse dos sociólogos e antropólogos deveria ser compreender como fatores do desenvolvimento cultural interferem no nível psicológico e vice-versa. Entre esses fatores está a moralidade que, segundo ele, é “(...) uma força sem a qual o homem não poderia batalhar contra seus *impulsos* (...)” [grifo nosso].

Estudando a teoria psicanalítica e analisando suas próprias observações feitas de povos melanésios, nas ilhas ao sul do Pacífico, e de famílias camponesas proletárias europeias, Malinowski fez comparações com a família burguesa da qual falava Freud. Como este, o antropólogo analisou a sexualidade em diferentes etapas da vida: infância, adolescência e vida adulta. A puberdade foi um ponto de inflexão importante para as sociedades ocidentais e melanésias, conforme demonstrou. Afinal, era o momento em que meninos e meninas assumiam responsabilidades familiares e sociais. O desejo sexual reprimido na infância em sociedades burguesas ocidentais era então direcionado para o casamento. Entre os melanésios, à medida que entravam na puberdade começavam a ajudar em afazeres domésticos e familiares. Ao que parece, em Malinowski, havia uma construção do desejo, moldado pelas normas sociais e padrões culturais.

Então para este estudo, adotamos uma perspectiva antropológica, orientada pelo trabalho de Foucault, de modo a tentar compreender que elementos tensionam o desejo de jovens vivendo com HIV e aids. De fato, recentemente, Parker (2000a, p. 19) chamou atenção como o desejo tem sido tratado “como uma espécie de dado natural”, sendo ignorados os fatores sociais e culturais que moldam a experiência sexual. Na concepção dele, o desejo, bem como o tesão, os modos pelos quais as identidades sexuais são construídas e transformadas, as relações de poder que as estruturam, as interações sociais e as redes sociais e sexuais, são valiosos no desenvolvimento de estratégias para a prevenção à aids.

¹² Por exemplo, Hegel entendeu o desejo como a força interna e do plano da consciência que ligaria o sujeito à natureza e, conseqüentemente, a outros sujeitos, à política etc. (CORBISIER, 1991).

METODOLOGIA

Etnografia

“A epidemia de AIDS ressaltou a necessidade de dados qualitativos com a maior riqueza de detalhes possível da experiência sexual”, como termos e expressões usados para falar da sexualidade (PARKER *et al.*, 1995, p. 19-20) e a roteirização das práticas sexuais (GAGNON, 2006).

Para isso, como esclareceu Agier (2006, p. 146-147), há informações que não podem ser coletadas a não ser pela etnografia. Pois, para ele, o trabalho do etnógrafo é único “porque ele sempre se refere a um mundo de conhecimento que é o mundo da experiência. [...] É a familiaridade que tinha com as pessoas, pessoas das quais ele levou um pouco (...)”¹³. O que o precursor da etnografia fundamentou no seguinte trecho:

[...] existem vários fenômenos de grande importância que não podem ser recolhidos através de questionários ou da análise de documentos, mas que têm de ser observados em pleno funcionamento. Chamá-lo-emos os imponderáveis da vida real. Neles se incluem coisas como a rotina de um dia de trabalho, os pormenores relacionados com a higiene corporal, a maneira de comer e de cozinhar; a ambiência das conversas e da vida social em volta das fogueiras da aldeia, a existência de fortes amizades ou hostilidades e os fluxos dessas simpatias e desagradados entre as pessoas, o modo sutil mas inequívoco como as vaidades e ambições pessoais têm reflexos sobre o comportamento do indivíduo e as reações emocionais de todos os que o rodeiam (MALINOWSKI, 1997, p. 31).

Por isso, a etnografia permite ao pesquisador perceber as nuances do conhecimento, as particularidades sociais e culturais da experiência sexual e as redes de poder que estão diretamente ligadas à disseminação do HIV. E pode dizer sobre o modo como a sociedade reage à doença (PARKER *et al.*, 1995).

A base da etnografia é a observação participante. Atkinson e Hammersley (1994) explicaram que a etnografia explora determinados fenômenos sociais e casos específicos, prescindindo coleta de dados, descrições verbais e explicações que são, posteriormente, interpretados seus significados e funções. Ao passo que a observação participante é uma das maneiras de coleta. É a inserção do pesquisador em campo, sendo medida de acordo com o nível de relacionamento, ou *afetividade*¹⁴, que mantém com os pesquisados, e das atividades que participa.

¹³ “[...] parce qu’il se réfère toujours à un monde de connaissance qui est un monde de l’expérience. [...] C’est la familiarité qu’il a eu avec des gens, des personnes dont il a saisi, un petit peu, la logique des comportements”.

¹⁴ Para estudar a feitiçaria, Favret-Saada (2005) viveu durante anos com camponeses na região do Bocage, interior da França, chamando atenção para como a etnografia estava mais no “ser afetado” pela experiência da feitiçaria, isto é, na participação dos rituais, e menos em fazer uma observação em tempo integral. Além disso, a antropóloga reconheceu

Assim, a etnografia é realizada a partir da observação participante, e de outras técnicas, como entrevistas em profundidade (TRAVANCAS, 2011). Tradicionalmente, o etnógrafo deve ter um diário de campo onde anota suas vivências e faz um mapa de seu campo com o intuito de localizar espacialmente o estudo.

Mas não são essas coisas, as técnicas e os processos determinados, que definem o empreendimento. O que o define é o tipo de esforço intelectual que ele representa: um risco elaborado para uma ‘descrição densa’, tomando emprestada uma noção de Gilbert Ryle (GEERTZ, 2008, p. 4).

Essa descrição densa do local de pesquisa, do grupo e de sua lógica interna seria possível pela observação participante durante longos períodos, como faziam os primeiros antropólogos a consolidarem o método. Vivendo com sociedades não europeias, eles tinham como objetivo compreender a visão de mundo de uma “alteridade”. Malinowski (1997), por exemplo, em seus estudos com povos das ilhas do Pacífico, já relatava, entre outros aspectos relacionados à cultura, casos de doença e tentativas de cura e de morte.

A partir dos anos de 1910, em Chicago, nos Estados Unidos, foram feitas etnografias com populações urbanas, que influenciaram diversos estudos, inclusive no Brasil, dos anos 1930 em diante, como esclareceu Mendoza (2005). Dessa maneira, pelos estudos etnográficos os pesquisadores passaram a estudar a alteridade observando “o familiar” (VELHO, 1978).

A etnografia também se tornou um método importante para pesquisadores em geral. Em palestra na Universidade de São Paulo, Latour (2012) recomendou que essa “ferramenta de trabalho” seja utilizada por profissionais de outras áreas. Em relação à comunicação, não é de hoje que os antropólogos se voltam a esse campo. Claude Lévi-Strauss teve forte influência da comunicação (nesse caso, da semiologia) para desenvolver sua teoria estruturalista (HYMES, 1967) e Martín-Barbero (1997) sugeriu que fossem feitas etnografias para entender as relações sociais e culturais que se estabelecem pela comunicação.

Strozenberg (2003) lembrou que o antropólogo Gilberto Velho, no estudo das “sociedades complexas”, questionou como problema básico da existência da cultura o que comunicar, como compartilhar experiências e como negociar a realidade a partir dos símbolos. Desse modo, para ela, a comunicação seria uma área privilegiada para o exercício de repensar relações entre sujeito e objeto, entre familiar e distante e hierarquias das classificações culturais. Mesmo assim, embora se fale em interdisciplinaridade, a interlocução parece permeada pelos desejos de compartilhar saberes e de marcar limites e reafirmar distinções.

que ao nos afetarmos esquecemos a comunicação formal. É assim que, mais que nos identificarmos com o outro, nos afetamos por ele.

Problematizando barreiras e dificuldades da prática etnográfica em outros campos do conhecimento, Fonseca (1999) explicou que a etnografia é, antes, um diálogo entre o etnógrafo e seus interlocutores. É um “processo comunicativo”, nos termos dela, em que tensões, como as diferenças entre os universos simbólicos dos pesquisados e do pesquisador, dificultam e ao mesmo tempo devem ajudar a ver assimetrias e convergências.

Local de pesquisa e Participantes do estudo

Em meados de 2013, contatamos uma das pesquisadoras do Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas (IPEC), uma unidade da Fiocruz referência na pesquisa clínica em HIV/aids, visando a indicação de potenciais locais para desenvolvimento desta pesquisa. A pesquisadora sugeriu duas policlínicas da rede pública de atenção à saúde¹⁵ das quais selecionavam pacientes para estudos no IPEC, uma localizada na Baixada Fluminense e outra no centro do Rio de Janeiro. A escolha desta última foi proposital (MAXWELL, 1996), pela facilidade no acesso e também pelo tempo para a realização da pesquisa. Então, a pesquisadora mediou a ida à Policlínica com Maria¹⁶, uma assistente social, quem orientou sobre questões éticas. Convidados, tivemos uma primeira aproximação com o cotidiano da unidade de saúde.

Segundo contou a assistente social, a Policlínica foi o primeiro ambulatório no Rio de Janeiro a atender pessoas vivendo com HIV e aids, nos anos 1980, quando somente hospitais universitários o faziam. Nessa época, dentro do setor de infectologia, criaram a “Clínica de aids”. Com o passar dos anos, a Clínica foi reconhecida pelo atendimento em HIV/aids, pelos próprios pacientes e por outras instituições de saúde e ongs. Para esse reconhecimento, foi fundamental o vínculo entre pacientes¹⁷ e profissionais, que acontecia por meio de práticas comunicativas e de saúde.

Além de critérios de reconhecimento histórico e de ser uma unidade de referência na atenção secundária da rede pública de saúde do município do Rio de Janeiro, contribuiu na definição do

¹⁵ Este estudo atende à Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde (BRASIL, 2008), pela qual se busca direcionar as pesquisas em saúde no Brasil. Nela se evidencia a necessidade de estudos etnográficos para entender a representação social e as práticas sexuais em relação ao HIV/aids e das práticas de comunicação no cotidiano dos serviços de saúde.

¹⁶ Os nomes adotados são fictícios de modo a preservar o anonimato das pessoas da pesquisa ou de outras por elas citadas. Ao caracterizá-los buscamos evidenciar os lugares de fala para que fosse possível compreender os discursos sobre sexualidade e aids.

¹⁷ Na Policlínica, as pessoas atendidas eram chamadas de “paciente”, “usuário” ou “cliente”. No primeiro caso, quando em uma relação com o profissional de saúde. Usuário e cliente assumia um tom de direito ao serviço público de saúde. Ainda, cliente era aquele que *pagava* impostos. Sendo que as pessoas atendidas se reconheciam das três formas. Aqui, conforme o contexto, adotaremos as duas primeiras formas citadas.

local para este estudo o fato de na Clínica serem realizadas rodas de conversa, na sala de espera do consultório médico. Por meio deste dispositivo¹⁸ os profissionais da Clínica se vinculavam aos jovens e demais pacientes, buscavam colocar em debate temas relevantes à atenção e ao cuidado relacionados com ao HIV/aids, e discutiam sexualidade e práticas sexuais, entre outros assuntos. Também convidavam outros profissionais e pacientes para esses encontros. A dimensão dialógica e a busca pela participação dos pacientes constituíam a metodologia dessas “intervenções”. A existência dessas práticas comunicativas na unidade de saúde motivou, inicialmente, a escolha desse dispositivo de modo a ser observado neste estudo. Posteriormente, incorporamos, entre outros dispositivos, os grupos de recepção e as consultas médicas.

Em termos de seleção dos participantes para o estudo, a preocupação foi menos com uma estatística e mais com uma representatividade do conjunto de jovens vivendo com HIV e aids da Clínica, que contribuísse para aprofundar as relações entre sujeitos e objeto de estudo (FONSECA, 1999; MINAYO, 2010).

Para a definição dos participantes, do ponto de vista da representatividade, seguimos os critérios propostos por Minayo (2010), quais sejam: 1) a seleção de participantes conforme os atributos investigados; 2) a definição do grupo com maior relevância ao objeto de estudo, para nele centrar as observações e entrevistas, porém, dando atenção a outros grupos do contexto; 3) a inclusão de participantes conforme as descobertas do processo de pesquisa, para ajudar a pensar a teoria pela qual se analisa o objeto. Não desprezar discursos ímpares ou repetidos, pois eles contribuem no entendimento da lógica interna do grupo; 4) a inclusão de um número razoável de participantes, para garantir a recorrência discursiva; 5) a preocupação com o mapeamento e compreensão das categorias nativas; 6) a combinação de técnicas de coletas de dados, para ampliar a aproximação com o objeto e permitir a identificação de discursos homogêneos e diferenciações.

A partir desse conjunto de critérios iniciamos o processo de seleção dos participantes deste estudo. Primeiramente, foi realizada uma consulta ao setor do serviço social sobre o quantitativo de pacientes de HIV/aids atendidos na Clínica. Identificamos que havia formas diferentes de registro/controlado o número de usuários. Um médico infectologista, os setores do serviço social e do arquivo médico organizavam os nomes dos pacientes por meio de planilhas distintas, no software Excel. Porém, cada um estabeleceu campos diferenciados para entrada de dados. Mesmo assim, chegamos a um total aproximado de 2.270 pacientes cadastrados e em atendimento na Clínica. Do total, 40 eram jovens na faixa etária entre 18 a 27 anos.

Essa distinção no modo de sistematizar a informação exigiu a criação de uma lista única, reunindo os dados dos 40 jovens atendidos na Clínica (nome, idade, meio de transmissão do HIV,

¹⁸ Foucault (1988; 2012) entendeu dispositivo como uma rede composta por discursos, instituições, disciplinas, enunciados etc.

orientação sexual, raça/etnia, acesso ao trabalho e ao estudo, local de residência, ano do diagnóstico do HIV e ano do início do tratamento). A partir dessa nova listagem, iniciamos um processo de comparação entre os nomes relacionados na lista com os seus respectivos prontuários, de modo a identificar quais pacientes estavam em atendimento e quais atributos os diferenciavam uns dos outros. Nos prontuários, notamos a falta de informações sobre atendimentos de 20 jovens, dos quais havia os que estavam sem frequentar a Clínica havia pelo menos um ano (9), sem que existissem dados se continuavam em tratamento, e os que não tinham qualquer informação sobre a última consulta ou se estavam em tratamento (11). Depois da conferência dos prontuários, compusemos a amostra deste estudo. Por fim, a listagem foi disponibilizada para o serviço social, para auxiliar em oportunos estudos e projetos com os jovens da Clínica.

Após a elaboração dessa listagem, partimos para definição dos atributos de seleção dos participantes da pesquisa, dos quais foram incluídos os que contemplavam tais características: 1) pessoas em tratamento na Clínica, cujo diagnóstico indicasse a infecção pelo HIV por vias sexuais, vertical (de mãe para filho durante a gestação e na amamentação) e por materiais perfuro cortantes (agulhas, alicates etc.); 2) a frequência nas consultas médicas e a participação nas rodas de conversa, em atividades culturais dentro ou fora da Clínica. No entanto, a não participação nessas atividades não consistiu em um critério de exclusão do participante na pesquisa; 3) a seleção de pacientes atendidos por diferentes médicos infectologistas, sendo selecionado pelo menos um paciente de quatro dos cinco médicos. Além desses, definimos como atributos para a seleção 4) as categorias utilizadas em relatórios e boletins de órgãos de saúde¹⁹, conforme as variações: a) orientação sexual; b) identidade de gênero (a identificação com os gêneros masculinos e/ou feminino); c) escolaridade (acesso à educação e ao estudo); d) inserção no mercado de trabalho formal e informal; e acrescentamos e) local de moradia.

Num primeiro momento, a delimitação da faixa etária de 18 a 24 anos restringiu o grupo e impossibilitou que encontrássemos pacientes que abarcasse os seguintes atributos: jovens transsexuais, travestis e bissexuais, e que se infectaram por materiais perfuro cortante. Por isso, abrimos o escopo da amostra ampliando a faixa etária para 27 anos, já que a literatura indicava de 13 a 31 anos (PAIVA *et al.*, 2011; CUNHA, 2012; OLIVEIRA *et al.*, 2012; MEYER & FÉLIX, 2014). Mesmo assim, não foram encontrados jovens que tivessem se infectado por materiais perfuro cortantes, como usuários de drogas ou profissionais de saúde, por isso, esses não foram considerados na amostra. Além disso, chamou atenção o reduzido número de pacientes jovens

¹⁹ Relatório Programa Conjunto das Nações Unidas sobre DST/AIDS de 2013, Boletim Epidemiológico Aids e DST do Ministério da Saúde de 2013 e Boletim Epidemiológico DST/AIDS e Hepatites Virais Governo do Estado do Rio de Janeiro de 2014.

atendidos na Clínica, pelo fato deste segmento representar boa parte das novas incidências de HIV/aids nos últimos dez anos (BRASIL, 2014a).

Com base no processo de constituição da amostra delineado, entre os 40 jovens vivendo com HIV e aids pacientes da Clínica, contatamos oito pessoas para participar do estudo, que cobriam os critérios propostos. Destes, apenas um paciente não aceitou participar. Portanto, ao fim, entrevistamos sete jovens vivendo com HIV e aids.

Procedimentos de coleta e Análise dos dados

Os dados foram coletados por meio de três técnicas distintas e complementares: análise de documentos, observação participante e entrevistas, etnográficas e em profundidade.

Apesar de a Clínica ser referência na rede pública de saúde do Rio de Janeiro e manter relação com institutos de pesquisa, nenhum trabalho etnográfico fora desenvolvido nela. Por isso, o primeiro movimento foi realizar uma descrição do local, conhecendo sua história, até mesmo para entender desde quando passou a ser referência. Para isso, uma das etapas deste estudo foi a coleta de documentos que contassem a história da Clínica e descrevessem as ações ali desenvolvidas ao longo dos anos, em especial as de comunicação e saúde. Essa coleta foi realizada ao longo das observações, nos anos de 2013 e 2014, nos diferentes setores da unidade. No decorrer desse período, tivemos acesso a documentos como a escritura do prédio e duas atas das primeiras reuniões do condomínio, uma ata de reunião de profissionais de saúde da Clínica, relatórios e três projetos desenvolvidos pelos profissionais de saúde e dez edições de boletins publicados por pacientes de HIV/aids. Indicados nos resultados conforme o nome e ano de publicação.

Segundo O. Cunha (2004), o trabalho a partir de documentos é considerado uma atividade periférica e afastada daquilo que os antropólogos fazem. No entanto, nos últimos anos, os documentos têm sido estudados entendendo que contêm marcas e inscrições que possibilitam novas interpretações históricas e culturais. Daí a importância inclusive de repensar o “campo”. Afinal, os documentos “Transformam-se assim em lugares de observação privilegiada de como a antropologia se transforma em linguagem e estilo de produção de determinadas ‘histórias singulares’”. (ibid., p. 295).

Dadas essas ponderações, no que diz respeito à coleta de documentos na Clínica, constatamos que a obtenção desses não foi uma tarefa fácil, pois não havia um local específico destinado ao arquivamento deles e nenhum profissional designado à esta atividade. O estudo de Kelly-Santos *et al.* (2010) acerca de materiais educativos sobre hanseníase corrobora com essa

constatação e discute o pouco investimento por parte das unidades de saúde na prática de preservação e arquivamento de documentos produzidos no âmbito do serviço público de saúde.

Pela observação participante tivemos como objetivo entender o trabalho dos profissionais de saúde e suas práticas comunicativas de um modo geral, e especificamente buscamos identificar discursos sobre sexualidade e práticas sexuais e nos aproximarmos de jovens vivendo com HIV e aids. Para a coleta de dados, utilizamos um diário de campo onde registrávamos fatos, sentimentos e vivências, bem como conversas com a teoria (GEERTZ, 1989; MINAYO, 2010). O trabalho de campo, na etapa da observação participante, foi desenvolvido em dois momentos.

Inicialmente, realizamos um “estudo exploratório” (MINAYO, 2010), entre julho e dezembro de 2013, com visitas ocasionais durante o primeiro semestre de 2014, às quintas feiras pela tarde, quando ocorriam as rodas de conversa. Durante esse período, foi feita uma observação livre, de alguns espaços, especialmente da Clínica e do serviço social. E tivemos contato com pacientes e profissionais de saúde. O intuito das observações do cotidiano do serviço e das rodas de conversa foi o de delimitar o objeto de estudo e definir critérios de seleção de participantes.

Após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa²⁰, durante os meses de agosto, setembro, outubro, novembro e dezembro de 2014, prosseguimos com a observação, participando mais ativamente das atividades da policlínica de um modo geral. Nesse segundo momento, íamos três dias na semana, nos turnos da manhã e da tarde. Estabelecemos um dia fixo, às quartas-feiras, quando ocorriam as rodas de conversa. E dois dias alternados, que eram definidos de acordo os fluxos das consultas médicas e dos atendimentos por outros profissionais de saúde, como do serviço social. O objetivo de alternar os dias da observação foi para aprender sobre o funcionamento da unidade, participar dos atendimentos dos profissionais de saúde e das atividades desenvolvidas por eles (Anexo 3).

Outra etapa, que ocorreu concomitante às observações, foi a realização de entrevistas em duas modalidades. As entrevistas etnográficas, como parte do trabalho de observação, as quais eram “conversas cordiais” (FLICK, 2009), sem serem em lugares ou em horários previamente determinados, realizadas com profissionais de saúde e usuários da Policlínica e da Clínica.

E as entrevistas em profundidade com sete jovens vivendo com HIV e aids, pacientes da Clínica, selecionados para este estudo. Essa técnica de pesquisa foi compreendida como entrevistas

²⁰ O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola Politécnica Joaquim Venâncio (CAAE 31683414.1.0000.5241), em 10 de junho de 2014. E pelo CEP da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (CAAE 31683414.1.3001.5279), em 18 de agosto de 2014. Desse modo, esta pesquisa segue aspectos éticos do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012a), pelos quais foram analisados riscos e benefícios que o trabalho pudesse trazer aos participantes. Aos entrevistados foi solicitado que assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme modelo em Anexo 1. Além disso, omitimos os nomes da Policlínica e pelo qual a sua Clínica de aids era popularmente conhecida, embora acreditemos que isso não prejudique o entendimento dos objetivos desta pesquisa.

diretas e pessoais (COSTA & COSTA, 2013). Segundo Parker *et al.* (1995, p. 37) a entrevista em profundidade em relação à sexualidade tem como objetivo

a coleta de histórias sexuais mais detalhadas do que seria impossível através do uso de instrumentos formais de pesquisa. Em particular, a compilação da história sexual da pessoa da infância até a atualidade, incluindo suas experiências sexuais aprovadas e desaprovadas e seus efeitos emocionais e sociais [...].

As entrevistas em profundidade foram realizadas no decorrer dos meses novembro e dezembro de 2014. Parte dos jovens foi convidada por telefone a participar. Outra parte, quando foram abordados na sala de espera da Clínica. As entrevistas foram gravadas e feitas, em sua maioria, em espaço reservado na Clínica, e tiveram entre 45 minutos a 1 hora e 20 minutos de duração. A aplicação dessa técnica foi guiada por tópicos de direcionamento, com perguntas diretas e específicas, que ajudaram, por exemplo, a problematizar as práticas comunicativas sobre sexualidade (Anexo 4) entre os jovens atendidos na Clínica. Por fim, nesses mesmos moldes, entrevistamos um ex-diretor da Clínica, para ajudar na compreensão da história da Clínica.

Os dados da observação e das análises dos documentos são discutidos no Capítulo 1, dedicado ao histórico da Clínica e das práticas comunicativas ali produzidas. Também são apresentados no Capítulo 2 e 3, de forma complementar às entrevistas realizadas com os jovens que participaram de nosso estudo.

A análise dos dados ocorreu posterior à transcrição e a categorização da “coleção de dados” (LOCKE *et al.*, 1993). Há diversos procedimentos metodológicos para análise qualitativa, mas utilizamos *princípios* da análise dos discursos sociais para interpretar os dados, triangulados, dos documentos, da observação participante e das entrevistas. A triangulação consistiu numa leitura transversal dos dados, na qual buscamos compreender a dinâmica de normas, processos objetivos e subjetivos, discursos e práticas, a partir da visão dos sujeitos da pesquisa e de suas sociabilidades (MINAYO, 2010).

Minayo (*ibid.*, p. 319) explicou que a análise dos discursos tem como objetivo

realizar uma reflexão geral sobre as condições de produção e apreensão da significação de textos produzidos nos mais diferentes campos (...) visando a compreender o modo de funcionamento, os princípios de organização e as formas de produção de seus sentidos. O método leva em consideração um conjunto de manifestações dos pesquisados frente às entrevistas e à relação que estabelece com o pesquisador.

É preciso considerar que a análise dos discursos enquanto disciplina se constitui no limiar entre semiologia/linguística, ciências sociais e psicanálise. Portanto, essencialmente, trabalha com três eixos: linguagem, relações de poder e ideologia, e constituição do sujeito (ORLANDI, 2012). A partir deles, cada disciplina caminha por questões que lhe são mais pertinentes.

Na antropologia, conforme explicou Geertz (2008), a etnografia possibilita interpretar o fluxo dos discursos, e tem como objetivo fixar o que foi dito em tal discurso de modo a preservá-lo e torná-lo passível de análise. Assim, a análise dos discursos dá subsídios para que o etnógrafo atento compreenda sentidos como os de uma piscadela, que pode significar um flerte, uma maneira de combinar algo, um movimento involuntário etc. Na comunicação, a análise dos discursos possibilita associar teoria e método, discursos e práticas e tratar enunciados e acontecimentos (FISCHER, 2012).

Utilizamos procedimentos de Minayo (2010), para fazer a análise a partir das seguintes etapas:

1) Pré-análise:

- a) a leitura flutuante do material (caderno de campo, entrevistas e documentos), em que começamos a notar recorrências discursivas e categorias nativas, tais como “vínculo”, “acolhimento”, “afeto”, “cuidado”, “sexo seguro”, “desejo”;
- b) a constituição do corpus contemplando objetivos da pesquisa, aspectos pretendidos com as técnicas e atributos dos participantes selecionados. Aqui pudemos separar, por exemplo, relatos de rodas de conversa para serem melhor investigados;
- c) a formulação e reformulação de premissas e objetivo, assim, fizemos novas indagações, principalmente com relação às categorias observadas;

2) Exploração do material. Nesse momento, fizemos uma tabela no software Excel para os dados, agrupando-os em

- a) dados em gerais (nome, idade, cor/etnia, orientação sexual/identidade de gênero, uso de drogas, preconceito, fé/crença/religião, estudos e trabalho, família, onde e com quem mora);
- b) juventude (jovem, jovem vivendo com HIV e aids);
- c) sexualidade e práticas sexuais (iniciação sexual, com quem fala sobre sexo, relacionamentos, práticas sexuais, locais para encontrar parceiros, uso do preservativo/gel lubrificante/brinquedos eróticos, desejo/libido/tesão, masturbação);
- d) HIV/aids (nomeações, infecção/diagnóstico, revelação da sorologia, medicação e exames, negociação do preservativo, sexo seguro, informação);
- e) serviço de saúde (Policlínica/SUS/planos de saúde, médico, outros profissionais, benefícios/atestados/laudos);
- f) sonhos e planos. Além disso, separamos dados de acordo com categorias empíricas e teóricas, como “vínculo”, “cuidado”,

“adulterização”/“amadurecimento”/“responsabilidades”, discurso pedagógico e constituição do sujeito;

3) Tratamento dos resultados e interpretação. Nesta etapa analisamos enunciados, isto é, o que estava dito e o que estava implícito no caderno de campo, nas entrevistas e nos documentos e, nos guiamos por princípios da análise dos discursos propostos por Fairclough (2001):

- a) na análise da linguagem, identificamos palavras e sentidos que os jovens empregavam, por exemplo, para se referirem à juventude e à aids, considerando os marcadores sociais, acesso à educação e ao estudo, inserção no mercado de trabalho, faixa etária, orientação sexual, identidade de gênero, religião/crença e local de moradia;
- b) na análise das relações sociais, observamos sociabilidades entre profissionais de saúde jovens vivendo com HIV e aids de modo a identificar, por meio de práticas comunicativas, como se estabelecia o vínculo entre eles. O vínculo se estabelecia por práticas de saúde, como “acolhimento”, “cuidado” e “afeto”, as quais foram analisadas;
- c) na constituição do sujeito, problematizamos como se constituía o jovem vivendo com HIV e aids no limiar das normas e do próprio desejo.

CAPÍTULO 1 – COMUNICAÇÃO E VÍNCULO NA ATENÇÃO AO HIV/AIDS: UMA HISTÓRIA DE REFERÊNCIA DA CLÍNICA DE AIDS

Conforme nos lembrou Fischer (2012), de sua leitura de Foucault, os discursos nos ajudam a ver coisas que, de tão próximas que estão do olhar, se tornam invisíveis. E convocou a pensar na multiplicidade de acontecimentos “para além das objetividades datadas e da solenidade dos grandes acontecimentos.” (ibid., p. 29). A partir dessa premissa, neste capítulo, por meio da análise discursiva de documentos, de nossa observação participante e de entrevistas, buscamos evidenciar o vínculo, numa perspectiva histórica, entre profissionais de saúde e pacientes de HIV/aids.

Certa vez na sala do serviço social da Policlínica, Maria, uma das assistentes sociais, relatou que se apropriou de alguns desses documentos quando, em uma faxina na Clínica, lhes iam descartar. O acesso a papéis aparentemente sem uso, como ata e relatório de reuniões e projetos desenvolvidos pelos profissionais na Clínica, ajudaram a evidenciar, nos termos foucaultianos, diversos “acontecimentos” que demonstraram como se estabelecia o vínculo. Com esse fim, também entrevistamos Lucas, um ex-coordenador que em sua gestão ajudou a dar visibilidade à Clínica, e Miguel, um dos pacientes mais atuantes, que conhecemos no decorrer da observação e nos cedeu, generosamente, edições do boletim que faziam.

Desse modo, no contexto da Clínica, consideramos que as práticas discursivas foram produzidas em dispositivos como atendimentos individuais, ações coletivas, boletins e por outros meios em que pacientes e profissionais de saúde sociabilizavam. Foi assim que percebemos como o vínculo era um elemento fundamental de comunicação no atendimento desses pacientes. Pelo vínculo, os pacientes foram mobilizados a participarem do serviço de saúde, lutando pelo acesso à saúde e pelo direito à medicação. Mais que isso, pelo vínculo, os profissionais “fomentaram” a “proliferação”, em termos foucaultianos, de discursos sobre a sexualidade, quando já sabiam que a maior parte dos casos de HIV/aids eram por transmissão sexual.

Contando histórias como a da sexualidade no Ocidente, Foucault (2013) mostrou que era preciso uma sistematização de acontecimentos e uma descrição dos discursos que os compunham. E somente depois fazer uma análise de condições sociais das quais esses acontecimentos seriam decorrentes. Nesse sentido, procuramos demonstrar como a modificação nas práticas comunicativas já “regulares”, como lembrou Foucault (CASTRO, 2004), estiveram ligadas com as mudanças no sistema público de saúde, possibilitando o vínculo entre profissionais de saúde e pacientes de HIV/aids e a referência da Clínica no serviço público de saúde do município do Rio de Janeiro.

1.1 A CRIAÇÃO DA CLÍNICA DE AIDS NO CONTEXTO DE MUDANÇA NO SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE BRASILEIRO

A Policlínica fica em um prédio no centro do Rio de Janeiro, cuja construção data dos anos 1940, conforme mostraram documentos de escritura e o livro com as primeiras atas do condomínio, cedidas para análise pelo atual administrador. Naquela época, dois andares do edifício foram comprados para ser sede do ambulatório médico para os segurados pelo Instituto de Aposentadorias e Pensão dos Bancários (IAPB). Vale ressaltar que, atualmente, a estrutura arquitetônica a distingue da de outras unidades de saúde, porque se situa em um prédio comercial, isto é, não fica em um prédio exclusivo com uma identidade visual própria, tampouco uma placa de rua indicando sua localização²¹.

A escolha do prédio foi estratégica, pelo território em que se localiza, no centro da cidade, onde também estava centrada sua vida política, econômica e cultural. Como nos lembrou Foucault (2012, p. 251), território é, antes de geográfica, uma noção política pela qual se exerce o poder. Monken e Barcellos (2005) explicaram que o território tem sido base para organização do sistema e das práticas de saúde no país. Pois, considera-se que contém uma população com perfis demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural próprios. Seu reconhecimento permite o desenvolvimento do vínculo entre serviços de saúde e população.

Desse modo, a escolha do prédio pelo IAPB tinha a ver com a centralidade das políticas governamentais de saúde na época, direcionadas apenas à parte da população. Assim, desde os anos 1930, eram claras as atribuições do Ministério da Educação e Saúde Pública (Mesp) e do Ministério do Trabalho Indústria e Comércio (MTIC), este posteriormente chamado de Ministério do Trabalho e Previdência Social (MTPS) (ESCOREL, 2012). Por isso, no IAPB eram atendidos bancários e trabalhadores que pagassem a Previdência Social. Esse modelo verticalizado, setorizado e centralizado foi institucionalizado com o governo de Getúlio Vargas. Enquanto que, segundo Lima *et al.* (2005), ao Mesp cabia a prestação de serviços aos “pré-cidadãos” tais como pobres, desempregados, trabalhadores informais.

A disputa entre o MPAS e o Ministério da Saúde pela gestão da Saúde no Brasil se intensificou a partir de 1964, quando foi instaurada a ditadura no país. Nesse ano, a rede de serviços

²¹ Na atualidade, a Policlínica funcionava de segunda a sexta feira, das 7 às 18 horas. Suas salas e consultórios ocupavam os 9º, 13º e 14º andares, e sua administração ficava no 9º andar. Ao passo que o edifício assumia as mesmas funções que os prédios comerciais do centro. Em seus 26 andares, havia 228 proprietários e nenhuma residência, conforme nos contou o administrador do condomínio. Como observamos, no térreo, havia uma lotérica, quatro lanchonetes, dois restaurantes (um na sobreloja), uma relojoaria e joalheira e uma tabacaria, onde homens de negócios se sentam para apreciar um charuto depois do almoço. Bem como escritórios de empresas, de advocacia, de engenharia e de planos de saúde, consultórios médicos e odontológicos particulares, clínicas de estética, associações, um sindicato e o polo de uma faculdade renomada, que ocupava parte do 12º andar e dividia a Policlínica ao meio.

dos IAPs, com hospitais, ambulatórios e consultórios, era a principal forma de assistência médica. O advento do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1967, ligado ao MTPS, e depois ao Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), criado em 1974, configurou a fusão dos IAPs. Isso significou a uniformização dos benefícios para os segurados e, principalmente, a efetivação do MPAS na atenção à saúde (ESCOREL, 2012).

As bases sobre as quais o MPAS estava estruturado ficaram mais evidentes com a criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (Sinpas), em 1977. O Sinpas era constituído pelo INPS, para benefícios, pelo Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (Iapas), para o controle financeiro, e pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), para assistência médica (ESCOREL, 2012). Com isso, o ambulatório do IAPB foi integrado ao Inamps e passou a se chamar Pronto Atendimento Médico (PAM).

Nesse primeiro período, em 1976, o 10º andar foi locado pelo IAPB segundo documentos da administração. O que nos leva a questionar se, em confluência com a lógica previdenciária, a locação seria pela expansão nos serviços do ambulatório. Além disso, restaram móveis, como mesas e armários, com a identificação em metal “INPS”. E havia prontuários de pacientes dessa época que ainda ficavam em cerca de vinte armários giratórios feitos de folhas de alumínio, no arquivo médico, no 14º andar. Somente dos pacientes de HIV/aids, portanto, de 1985 em diante, são mais de 12 mil prontuários, o que ajuda a imaginar o total de prontuários da unidade de saúde.

No final da década de 1960 e começo da seguinte, iniciou-se o movimento sanitário, que projetou a mudança no sistema de saúde. Surgido nos hospitais universitários, tinha ideias teóricas e políticas que buscavam um sistema de saúde unificado e democrático, uma Reforma Sanitária. Também a partir do segundo período da ditadura, no Ministério da Saúde, um grupo de técnicos buscou resgatar o papel do Ministério e passou a combater os interesses privados no MPAS. Nesse contexto, o movimento sanitário criou o programa Prevsauúde, cujo objetivo era articular os Ministérios da Saúde e o MPAS, a partir dos serviços básicos de saúde. No final da década 1970 e início da seguinte, a instabilidade política, econômica e social se acentuou e a oposição ao regime militar ganhou corpo (ESCOREL, 2012; LIMA *et al.*, 2012; PAIM, 2012).

Assim, à medida que se estabelecia uma tendência discursiva prol democracia, o efeito ‘colcha de retalhos’, para usar um termo utilizado por Fairclough (2001), produzido pelos discursos de diversos setores da sociedade, se unificava. De fato, os ideais do movimento sanitário, explicou Escorel (2012, p. 354), confluíam com os ideais de democratização do Brasil e da sociedade:

O movimento sanitário não só participou com os demais setores da sociedade brasileira da campanha “Diretas Já!”, como também trabalhou, específica e intensamente, num projeto para a saúde diante das perspectivas de um regime democrático mais justo.

Em uma leitura de Foucault, Fairclough (2001) ponderou que, o discurso também constitui a realidade. Por isso, pelo discurso é possível a mudança social. Desse modo, visto como um acontecimento, podemos dizer que o processo de democratização do Brasil esteve povoado por discursos, que, na perspectiva das mudanças sociais, em 1984, fez com que milhares de cidadãos pedissem eleições diretas, culminando no fim da ditadura.

No entanto, a saúde pública ainda era de domínio do MPAS e, portanto, o PAM pertencia ao Inamps. Havia a intenção de incorporar o Inamps ao Ministério da Saúde. Mas a ideia encontrava resistência inclusive dentro do próprio Ministério. A proposta de integração foi um dos motivos de se convocar, em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que, além de discutir essa questão, deu subsídios à abordagem da saúde na nova Constituição (ESCOREL, 2012).

Finalmente, em 1988, foi aprovada a chamada Constituição Cidadã. Por ela se instituiu os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS)²², projetando a democratização da saúde no Brasil. As conquistas democráticas continuaram no ano seguinte, quando aconteceram as primeiras eleições diretas para presidente, pós-período ditatorial. O Inamps foi incorporado ao Ministério da Saúde em 1990 (ESCOREL, 2012). E então PAM passou a ser gerido pelo Ministério da Saúde, integrando a *rede* de atenção à saúde do SUS e sendo administrado conforme suas diretrizes, organização estrutural e modelos de atenção à saúde. Porém, continuou oferecendo atendimento especializado.

Dada a reorganização do sistema público de saúde, em março de 1996, o PAM teve sua gestão municipalizada. Com isso, integrou-se ao território do qual fazem parte as unidades de saúde da Coordenadoria de Saúde da Área de Planejamento (CAP) 1.0²³ do município do Rio de Janeiro. Somente em 2007 o PAM se tornou uma das nove policlínicas do município. Isso significou que não haveria mais pronto atendimento no local e que seria uma unidade de atenção secundária, que oferece serviços especializados. Solla e Chioro (2012) explicaram que na atenção secundária devem ser atendidas pessoas que, referenciadas da atenção primária, demandam cuidados diferenciados e

²² O SUS é o “conjunto de ações e serviços públicos em saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público” (BRASIL, 1990). E oferece serviços de atenção médica e hospitalar, de urgência e emergência, de prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças, de reabilitação, de pesquisa científica e tecnológica em saúde etc. As diretrizes do SUS são a *universalidade* no acesso, ou seja, a cobertura de serviços deve ser em todo o território nacional; a *igualdade*, sem discriminação ou privilégios de quem quer que seja - a essa diretriz está associada a *equidade*, que significa a oferta de serviços de acordo com as demandas específicas das populações; a *integralidade* da assistência, que vai de serviços básicos até cirurgias complexas e transplantes; a *descentralização*, a *regionalização* e a *hierarquização da gestão*, com atuação dos municípios, estados e do governo federal, de maneira sistemática e orgânica. E a *participação* da comunidade na formulação e na fiscalização de políticas para o setor (NORONHA *et al.*, 2012). Atualmente, dos mais de 190 milhões de habitantes do Brasil (IBGE, 2013), em torno de 75% tem no SUS o único meio de acesso à saúde. E cerca de 48 milhões dispõem de algum plano de saúde, a maioria por seus vínculos de trabalho (IESS, 2013).

²³ As CAPs atendem às Áreas Programáticas (A.P) que circunscrevem bairros específicos e as unidades de saúde neles existentes. A A.P 1 da qual a PARN faz parte, agrega os seguintes bairros: Caju, Gamboa, Santo Cristo, Saúde, Centro, Catumbi, Cidade Nova, Estácio, Rio Comprido, Benfica, Mangueira, São Cristóvão, Vasco da Gama, Santa Teresa, e Ilha de Paquetá. No entanto, na unidade de saúde eram atendidos usuários de outros bairros e cidades vizinhas.

mais intensivos. Assim, a Policlínica se tornou um serviço de “referência” conforme a organização do SUS. E quando os problemas são resolvidos, o paciente retornava à atenção primária²⁴, é a “contra referência”.

Em termos da aids, no cenário internacional e nacional, no âmbito político e social dos anos 1980 e 1990, as discussões sobre a doença ganhou projeção, devido ao aumento de casos, inicialmente, nos Estados Unidos e na França. Os primeiros casos foram diagnosticados entre homossexuais, devido à prática do sexo desprotegido em saunas e clubes, impulsionada por substâncias que aumentavam a atividade sexual. No entanto, em pouco tempo, a aids foi diagnosticada em outros chamados “grupos de risco”. Como em haitianos, cujo país, onde havia pobreza e desemprego, era rota do turismo sexual, usuários de drogas, que compartilhavam seringas e agulhas, e hemofílicos, posto que existia um “mercado” de compra e venda de sangue, sem controle sanitário das transfusões sanguíneas. Posteriormente, apareceram casos em outras populações e passou a se falar em “comportamentos de risco” (BASTOS, F. 2006; MALTA & BASTOS, F. 2012; BRASIL, 2014b).

Nessa época, a aids foi tratada com uma postura evasiva ou trouxe uma agenda política claramente conservadora (MALTA & BASTOS, 2012). Desse modo, teve início o movimento social de aids que organizou passeatas, protestos e debates. Essas mobilizações ajudaram a pautar os meios de comunicação de massa e os ativistas ganharam maior visibilidade junto aos mais diversos setores da sociedade. Foram particularmente conduzidas pela comunidade gay, que já recebia diversas pressões e sofreu com a intensificação da discriminação (BUTLER, 2002; SPARGO, 2004). No Brasil, o movimento social de aids se beneficiou da reforma política, da adoção da nova Constituição, da anistia política e do retorno de diversos líderes políticos exilados. E surgiram as “ongs aids” que se engajaram na causa (BASTOS, C. 1999; MALTA & BASTOS, F. 2012)²⁵.

Em 1983, os cientistas passaram a buscar o agente causador da aids e, no ano seguinte, equipes de pesquisadores franceses e estadunidenses disputaram a primazia da descoberta do vírus. Essa briga se alongou até meados da década de 1990, quando os cientistas norte-americanos reconheceram o pioneirismo dos europeus. Em 1985, foi descoberto que a aids é a fase final da

²⁴ As unidades da atenção primária podem ser Unidades Básicas de Saúde (UBS), postos e centros de saúde. Além disso, fazem parte desse nível de atenção as Unidades de Pronto Atendimento (UPA), para urgência e emergência, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e as unidades de Estratégia Saúde da Família (ESF), cuja equipe vai até os usuários e suas famílias. Na década de 1990, foram criadas as Teias, os Territórios Integrados de Atenção à Saúde, segundo a lógica os usuários devem ser atendidos, preferencialmente, nas unidades de saúde da área geográfica onde moram, é a adscrição territorial. Em 2006, a atenção primária foi colocada como porta de entrada preferencial do SUS (GIOVANELLA & MENDONÇA, 2012; NETO *et al.*, 2012; SOLLA & CHIORO, 2012).

²⁵ Segundo F. Bastos (2006), entre 1991 e 1996, com o apoio de ongs e organizações voltadas para a defesa dos direitos humanos, muitos soropositivos processaram os governos federal, estadual e municipal para terem acesso à medicação através do SUS.

doença, causada pelo então denominado HIV (*Human Immunodeficiency Virus*, em inglês), ou vírus da imunodeficiência humana²⁶. E foi disponibilizado o primeiro teste anti-HIV, criticado por seu caráter discriminatório, por ser direcionado aos ditos grupos de risco. O primeiro caso no Brasil foi registrado em 1982 e logo outros foram notificados. A partir de 1992, os hospitais passaram a ser credenciados para o tratamento das pessoas infectadas pelo HIV (BRASIL, 2014b). No Rio de Janeiro, eram o Hospital do Fundão, o Gaffrée e Guinle, o Pedro Ernesto e a Fundação Oswaldo Cruz, a Fiocruz (BASTOS, C. 1999).

Com o surgimento de novos casos de HIV/aids, houve a necessidade de ampliar a cobertura dos serviços de saúde que realizassem atendimento especializado (RIO DE JANEIRO, 2005). No então PAM, os profissionais já realizavam reuniões para discutir casos de pacientes infectados pelo HIV/aids, atendidos por clínicas como a de dermatologia e a de proctologia, no Centro de Estudos, criado nos anos 1970. Este contribuiu “(...) de maneira eficaz no treinamento de profissionais de outras especialidades para atuarem na área de infectologia no período do conhecimento de uma nova doença, a aids, que na época levava a 100% a morte os seus portadores” (RIO DE JANEIRO, 2012b).

Então, em 1985, foi fundada a “Clínica de aids”, dentro da clínica de infectologia da unidade de saúde, sendo o primeiro ambulatório da cidade a oferecer atendimento e a primeira matrícula feita em 23 de outubro de 1985. Nessa primeira gestão da Clínica, iniciou seu protagonismo no contexto da assistência de HIV/aids no Rio de Janeiro (RIO DE JANEIRO, 2002). Pois, seu advento mostra como o PAM estava alinhado às ações do Ministério da Saúde, que no mesmo ano havia criado o programa federal de controle da aids, um ano mais tarde chamado de Programa Nacional de DST e Aids, hoje levado a cabo pelo Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais (BRASIL, 2014b).

Sob aquela lógica de organização da atenção a saúde, a Clínica de aids, no momento em que ocorreu a pesquisa, contava com a oferta da assistência médica de segunda a sexta-feira, evidenciando a demanda de pacientes. Além disso, na Policlínica, havia outras 19 especialidades

²⁶ Sabe-se que o HIV circula, no mínimo, há décadas na África, pertencendo à família dos retrovírus. Ainda que incerto, pesquisadores defendem que o HIV seja uma mutação do vírus que causa a síndrome da imunodeficiência símia (SIV), encontrado em macacos, ou tenha um ancestral comum a ambos os vírus atuais. O HIV teria sido “passado” dos símios para os humanos pelo contato sanguíneo. A partir da década de 1960, com o aumento na frequência de viagens feitas à África, o HIV teria infectado populações mais suscetíveis e a partir daí teria se disseminado para os demais países. Diz-se que o HIV é um retrovírus porque estes fazem o processo de produção de proteínas na direção contrária, ou seja, transmitem informação do RNA para o DNA, com auxílio da enzima transcriptase reversa. Em seu sentido natural, o DNA guarda e transmite informação para o RNA. Este último transmite informações com características para as proteínas conforme a função que vão exercer no organismo, na constituição do cabelo, músculos, ossos, nos hormônios, como fonte de energia, formando células de defesa etc. (BASTOS, 2006; MALTA & BASTOS, 2012).

médicas²⁷, bem como serviços odontológicos, farmacêuticos, psicológicos, nutricionais, de enfermagem, de fonoaudiologia, Programa de Combate ao Tabagismo, radiologia, exames de imagem, coletas para exames de laboratório, eletrocardiograma e assistência social.

Os pacientes de HIV/aids eram referenciados para a Clínica após realizarem o teste em outras unidades de saúde ou nos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTAs)²⁸. Estes, segundo Cárdenas (2014), realizam exames para que as pessoas saibam de sua sorologia e adotem cuidados para evitar a infecção e, quando em resultados positivos ou indeterminados, orientam para o início do tratamento e acompanham usuários, parceiros e familiares.

Etnografando a projeção da aids em uma aldeia do Haiti rural durante os anos 1980, Farmer (2004) chamou atenção para a importância de se entender a história, o contexto político e social nos quais as doenças passam a existir. Em nosso caso, com as mudanças políticas e sociais no Brasil e no sistema de saúde, o funcionamento da Clínica foi modificado. Se pensarmos nas sociabilidades na unidade de saúde, as práticas discursivas acompanharam e contribuíram para que essas mudanças ocorressem, como nos ensinou Fairclough (2001). Desse modo, a compreensão da história da Clínica, nos indica que o vínculo construído entre os profissionais e os pacientes, e, entre a unidade com os diversos setores sociais, possibilitou a “proliferação”, nos termos foucaultianos, dos discursos sobre a aids e suas inter-relações com a sexualidade, em um momento que já sabiam que a maior parte dos casos de infecção pelo HIV é por vias sexuais.

1.2 COMUNICAÇÃO PARA A “GUINADA” CLÍNICA DE AIDS: DISPOSITIVOS DE CONSTITUIÇÃO DE VÍNCULOS

“Uma coisa dentro de mim, perigosíssima, chamada VIDA, lateja como desafio”, Herbert Daniel, sociólogo, jornalista e ativista, morto em 1992 por complicações relacionadas à aids (O Boletim, Ano I, nº 2, 20 de outubro de 1998, p. 2).

Por que as pessoas se vinculam? É possível pensar que isso ocorria na Clínica, parafraseando Herbert Daniel, não necessariamente por uma doença, mas pela vida. O desafio da vida colocava a necessidade do vínculo. Na Clínica, isso ocorria por meio de uma comunicação que não se bastava ao transmitir informações, ainda que não significasse um processo sem contradições. Por isso, pelo vínculo os profissionais intervinham na sexualidade e de seus pacientes e na “adesão”²⁹ deles ao tratamento.

²⁷ Atuavam profissionais de clínica médica, cirurgia médica, cardiologia, ginecologia (polo de mama e climatério), alergia, dermatologia, endocrinologia, gastroenterologia, neurologia, ortopedia, otorrinolaringologia, psiquiatria, reumatologia, urologia, oftalmologia, pediatria, infectologia, acupuntura e homeopatia.

²⁹ A “adesão” não acontecia apenas quando os pacientes faziam o uso contínuo e correto dos medicamentos, mas quando frequentavam as consultas com os profissionais de saúde e participavam das atividades por eles desenvolvidas.

Conforme mostraram os resultados do Estrelando, projeto desenvolvido pelos profissionais, ele teria ajudado *“no fortalecimento dos vínculos afetivos e sociais entre os participantes (...) bem como (...) o aumento da adesão ao tratamento, o aumento da frequência nas consultas médicas e nas atividades de grupo (...)”* (RIO DE JANEIRO, 2007, p. 7).

O vínculo tinha materialidade em dispositivos como atendimentos individuais e ações coletivas desenvolvidas pelos profissionais de saúde, bem como na participação de pacientes de HIV/aids no cotidiano da Clínica, reivindicando o acesso e a qualidade no tratamento, e nos boletins que produziram para compartilharem o *desafio da vida*. Além disso, no vínculo que profissionais e pacientes estabeleceram com o movimento social e outras instituições. Por isso, diante das mudanças no sistema e no serviço de saúde, bem como no funcionamento da Policlínica, a comunicação contribuiu na construção daquele novo contexto.

Foi em sua segunda gestão que a Clínica efetivou seu protagonismo, e isso ocorreu especialmente por conta do vínculo. O psiquiatra Lucas trabalhou na Clínica de 1995 até 2012 e passou a coordená-la, em 1999. Perguntamos a Lucas sobre como era a comunicação na Clínica quando foi coordenador e ele fez a leitura a partir do *“bom relacionamento”* da equipe, desta com os pacientes e com outras instituições de saúde e ongs. Esses vínculos pessoais e institucionais, segundo o médico, contribuíram para a *“guinada”* das práticas de saúde e no atendimento aos pacientes de HIV/aids. Para isso, conforme ele enumerou, o processo de mudança esteve norteado pelos princípios da *“interdisciplinaridade”*, do *“acolhimento”*, da *“humanização”*, do *“aconselhamento”* e da *“participação”*. Sendo assim, por essas categorias procuramos entender como, naquele contexto, o vínculo contribuiu na proliferação dos discursos sobre a sexualidade.

Lucas defendia que a criação da Clínica pelo gestor anterior foi um ato de *“valor”* e *“coragem”*. Porém, acreditava que a atenção aos pacientes de HIV/aids estava centrada no atendimento médico. Por ter feito residência no hospital psiquiátrico com Nise da Silveira, quem pensava que era preciso envolver outros profissionais no trabalho em saúde, passou a prezar pela *“interdisciplinaridade”* na Clínica, o que surtiu *“mudanças significativas”* nas práticas de saúde. Quando indagamos Lucas a que ele acreditava que se devia o reconhecimento da Clínica, ele enfatizou: *“Porque eu não acredito que um trabalho baseado só na receita médica, pedido de exame (...)”*.

De acordo com Canesqui (2010), a interdisciplinaridade indica a interação entre disciplinas na construção de meios de trabalhar novos objetos, predominando uma disciplina ou não. No entanto, ponderou Luz (2009), no campo da saúde coletiva, na qual estão ciências biomédicas e ciências sociais, a interdisciplinaridade coexiste, em termos epistemológicos, teóricos e práticos, com a pluridisciplinaridade ou multidisciplinaridade, na qual, por exemplo, especialistas buscam

intervir para o controle das doenças, e a transdisciplinaridade, pela qual têm questionado fronteiras disciplinares e trazido usuários do serviço de saúde para pensar temas como aids e sexualidade.

Na Clínica, os profissionais de saúde também tinham uma abordagem pluridisciplinar, quando buscavam intervir sobre a sexualidade dos pacientes de HIV/aids, como veremos, e transdisciplinar, quando estes participavam do cotidiano da Clínica, incitados por profissionais de saúde como Lucas. Esse é o motivo pelo qual muitos deles recordavam com carinho do médico.

Mesmo assim, Lucas pensava terem feito um trabalho interdisciplinar ao convidar voluntários para atuarem na Clínica, como uma psicóloga, duas nutricionistas³⁰, uma assistente social e um educador físico. Depois, veio Lúcia, uma artista e socióloga boliviana, que realizava oficinas de artesanato. Até que, em 2000, chegaram os primeiros estagiários de serviço social, quando já havia uma assistente social contratada (RIO DE JANEIRO, 2005).

Em 2002, Maria, assistente social, foi transferida para a Policlínica. Por ela foram desenvolvidos trabalhos premiados, que ajudaram a dar visibilidade à Clínica. Era o “*tempo das vacas gordas*”, como nos disse uma vez no serviço social. Na ocasião que conhecemos Lucas, em uma atividade que ele organizou na Policlínica³¹, emocionada, a assistente social lhe disse que ele tinha ensinado a eles como trabalhar em equipe. Como afirmou Maria em outra ocasião, a Clínica “*é parte da história da vida dele*”. Concordamos e propomos que o inverso também seja verdadeiro. Por isso, da relevância de tê-lo entrevistado.

1.2.1 A criação de O Grupo e de O Boletim: mobilizadores da participação social

Na lógica daqueles princípios, em abril de 1996, os profissionais de saúde iniciaram o trabalho com “O Grupo” de apoio aos pacientes de HIV/aids e seus familiares, por uma reivindicação de alguns profissionais e dos pacientes, que pediam melhor qualidade no atendimento e maior participação na Clínica, como mostra o Projeto da própria Clínica (RIO DE JANEIRO, 2002). Também devido ao aumento na demanda de pacientes, como Lucas contou: “*(...) comecei a*

³⁰ Uma das nutricionistas era a única voluntária ainda atuante na Clínica. Durante uma conversa, contou que trabalhava na Policlínica até 1997, quando aposentou. Nessa época, a Clínica era no 15º andar e a nutrição no lado oposto da ala. Os pacientes da Clínica chegavam “*debilitados e com disenteria*”. Aposentada, retomou em 1999 e, então, pode trabalhar do jeito que queria e atendendo exclusivamente pacientes de HIV/aids. Na atualidade, ela fazia atendimentos individuais, às segundas feiras pela tarde. Costumava atender cada paciente por cerca de uma hora: “*Venho pra cá às vezes para uma consulta*”. No entanto, notamos que muitos pacientes não sabiam do serviço.

³¹ No segundo semestre de 2014, Lucas combinou com as assistentes sociais para assistirem a um filme que ele mesmo escolheu e debatê-lo. O filme contava a história de uma menina com câncer que se apaixonava por um menino que tinha a mesma doença. Lucas foi acompanhado de Lúcia. Nos corredores, enquanto íamos ao antigo Centro de Estudos, no 10º andar, ele abraçou alguns profissionais. Assistimos ao filme as três assistentes sociais, duas estagiárias, uma enfermeira que ficava na chefia de enfermagem, uma técnica de enfermagem da Clínica, Lucas, Lúcia e eu. Também foi convidada uma ex-paciente dele que estava com problemas de relacionamento com o atual médico.

logo que cheguei a atender individualmente pacientes e familiares dos portadores (...). Ai chegou um ponto que eu não estava dando conta porque, embora eu ficasse um tempo grande, não era suficiente para o número de pacientes”.

Alguns pacientes participaram mais ativamente na formação de O Grupo, como Miguel, um fisioterapeuta que fora presidente do Sindicato dos Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais do Estado do Rio de Janeiro e presidente do conselho distrital de saúde. Durante um tempo, Miguel se dedicava “90% ao trabalho e 10% à militância”, o que se inverteu até se aposentar, disse ele. Junto com outro paciente criaram e publicaram boletins impressos de O Grupo, os quais materializam o princípio da participação social no SUS.

“O Boletim” era o “*carro chefe*” de O Grupo e tinha “*distribuição gratuita e para público dirigido [pacientes de HIV/aids]*” e tinha como objetivo “*ser o veículo de informações para as lutas, reivindicações e do exercício da cidadania*” (O Boletim, Ano I, nº 1, 9 de setembro de 1998, p. 2). Nota-se nele a aproximação com ongs, a participação em manifestações, eventos e nos conselhos e conferências de saúde. Pela iniciativa foram convidados para uma reunião da direção da Policlínica com a gerência do Programa de DST/aids da Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro. Segundo o Editorial da terceira edição, foi “*um fato inédito. Pela primeira vez os usuários tiveram presença com direito a livre manifestação neste tipo de reunião, que sempre foi exclusiva para os Gestores e Corpo Clínico*” [grifos deles]. E a direção os chamou para fazer de O Boletim um veículo institucional, o que foi recusado, mesmo que os objetivos não fossem “*diferentes dos da Direção, pois também somos defensores do SUS (...).*” (O Boletim, Ano I, nº 3, 3 de dezembro de 1998, p. 1)³².

Como mostra este enunciado no primeiro boletim, O Grupo tinha como finalidade “*(...) atender aos pacientes da Clínica a fim de levar a eles informações de como lidar com as questões da saúde, ouvir suas dúvidas, possibilitar aos próprios pacientes da Clínica uma troca de experiência entre si e dando motivação para que todos seguissem em frente*” (O Boletim, Ano II, nº 1, 29 de janeiro de 2004, p. 2). As “*reuniões terapêuticas*” eram um espaço onde colocavam “*todas as angústias, medos, preocupações e onde se busca caminhos para enfrentar [a aids]*”. Inicialmente, as reuniões eram feitas com pacientes e familiares, que depois foram separados em

³² Ao todo foram publicadas três edições em 1998, passando seis anos sem ser publicado por “*falta de recursos*”, contou Miguel, até que retomaram em 2004, quando foram publicadas três edições, mais três edições extras e uma especial. O Boletim era produzido em papel A4, inicialmente, feito em máquina de escrever. Tinha uma linguagem jornalística e o formato de um jornal - com manchetes, Editorial, colunas e matérias, Carta do Leitor, seções de emprego e cidadania – que coexistia com uma linguagem de autoajuda e os avisos e atas de reuniões de O Grupo. Havia um diretor de comunicação, que também assumia as funções de colunista e repórter. Na segunda edição, passaram a fazer coberturas de eventos relacionados à aids. Foram criadas as seções Alternativas, que trazia receitas, e Rapidinhas, com notas. Também apareceram classificados. Ao retomarem o veículo, o ativismo colocou o tom jornalístico em segundo plano. A última edição foi publicada em 2005.

dois grupos. Mas participavam juntos de palestras (O Boletim, Ano I, nº 1, 9 de setembro de 1998, p. 3).

No terceiro boletim, este comentário dos pacientes demonstra, além da participação dos pacientes no serviço de saúde, o acolhimento, que ocorria desde o primeiro contato entre pacientes e profissionais de saúde, e a humanização das práticas de saúde, especialmente na abordagem “holística”. Isso ocorria devido a “interação ativa” entre eles e os profissionais de saúde a qual podemos entender como vínculo:

Observamos, com aplauso, que principalmente em relação aos clientes de HIV/AIDS, muitas vezes não se tem mais aquela postura onde o paciente senta-se sem saber exatamente do que se trata. (...) Por outro lado, verificamos que existem médicos cuja abordagem holística permite a interação ativa médico X cliente X terapia. Deixam de ser aqueles ‘doutores’ que detêm apenas os conhecimentos de fisiopatologias humanas, das fórmulas estatísticas e inflexíveis, dos medicamentos..., somando a estes o conhecimento da pessoa como um todo, do seu convívio com a doença, seus medos, anseios e angústias, suas formas de lidar com este complexo de sentimentos e emoções, a importância do aspecto social e comportamental em que se insere o indivíduo (O Boletim, Ano I, nº 3, 3 de dezembro de 1998, p. 2).

Giovanella e Mendonça (2012, p. 503) explicaram que “o vínculo se estabelece na relação equipe de saúde-usuário, *construída ao longo do tempo* com base na confiança do usuário nos profissionais e na responsabilização da equipe *pelo cuidado* e promoção da saúde dos usuários.” [grifos nossos].

Nas consultas individuais e nos grupos, pelo vínculo, os profissionais de saúde atestavam que os pacientes podiam “*continuar a vida sexual normal*”, mas se protegendo. Pois, como nos lembrou Foucault (1988, p. 137), “O sexo é acesso, ao mesmo tempo, à vida do corpo e à vida da espécie”. No início, havia um questionário com perguntas sobre práticas sexuais que os médicos faziam. Esse método não é novo. Segundo Foucault (idem), por volta do século XVIII, surgiu uma incitação política, econômica e técnica para “fazer falar” do sexo, a partir da racionalidade. Assim, o discurso médico integrou uma rede de outros discursos, que intervinham e regulavam a população, por meio do controle das taxas de nascimento e mortalidade, nível de saúde, expectativa de vida, era a *biopolítica*.

Mais que isso, na Clínica a sexualidade foi preponderante para o estabelecimento do vínculo nas consultas médicas, porque “*havia uma clientela que era muito maltratada*”, tais como prostitutas e travestis, lembrou Lucas. Desse modo, o médico precisou se posicionar para que recebessem um tratamento igual aos demais. Nesse momento, começaram a fazer reuniões que não eram fechadas à equipe. Lucas convidava líderes das prostitutas ou das travestis para conhecerem suas demandas: “*(...) a equipe era formada por homens e mulheres com maturidade (...) e se*

chocavam com o que ouviam, porque nunca tinham tido a oportunidade de conhecer essa clientela. Faculdade nenhuma dá isso. A gente vai aprender com a mão na massa”.

A necessidade de um melhor atendimento desses pacientes colocou o próprio conhecimento especializado em xeque. O que nos remete à etnografia que Bonet (2004) desenvolveu com residentes de medicina em um hospital de Buenos Aires, na Argentina. Para ele, havia uma “tensão estruturante” entre o que era aprendido na universidade e o que vivenciavam no hospital. Por isso,

(...) nos momentos em que o ‘saber’ não dá as respostas esperadas, o ‘sentir’ abre espaço e adquire força. É então que os dramas sociais explodem, os médicos e os residentes, estes últimos fundamentalmente, conseguem perceber o caráter ilusório da separação entre o profissional e o humano, ou entre o saber e o sentir (BONET, 2004, p. 119).

Sendo o conhecimento construído no limiar dos sentimentos e emoções, na Clínica o incentivo para que os profissionais caminhassem no sentido de uma “humanização” das práticas de atenção à saúde mostra que a tensão pode ser constante e não somente na transição da formação acadêmica para a entrada no mercado de trabalho. E Lucas mediou a tensão, promovendo o acolhimento: *“Quando o cara chegava com o diagnóstico na mão, aquele monstro ali. E a gente acolhia, conversava, mostrava que a vida não acabou, tem muita coisa pra frente etc.”.*

Segundo Paim (2012, p. 479), o acolhimento é uma proposta que visa a qualidade da atenção e a satisfação do usuário. Por ele se “busca fortalecer vínculos entre profissionais e clientela com vistas a uma atenção mais personalizada e humanizada”. Estudando a integralidade no Programa de Saúde da Família (PSF), Gomes e Pinheiro (2005) entenderam que acolhimento e vínculo seriam estratégias para melhoria no acesso à saúde, em que as práticas estão centradas no paciente. No PSF os agentes comunitários de saúde promoviam o vínculo nas comunidades das quais faziam parte.

Na Clínica o acolhimento funcionava como um primeiro contato, mais humanizado, dos profissionais de saúde com os pacientes de HIV/aids e ao mesmo tempo o contato constante, a cada vez que se fazia um atendimento. Sendo assim, era uma dimensão inicial e fundamental do vínculo. Para que ocorresse, tiveram de trabalhar o “sentir” dos profissionais, isto é, o afeto com os pacientes. Dessa maneira, o vínculo transcendia as posições de “profissional de saúde” e de “paciente”.

De fato, no vínculo, o afeto é um elemento importante. Sodré (2002) defendeu que a vinculação se pauta pelos modos de troca entre as pessoas, pela “reciprocidade comunicacional” e envolve o afeto. Mas, nesses moldes, acolhimento e vínculo geraram críticas, sendo entendidos com conotação sexual por profissionais de saúde de outras clínicas, conforme Lucas relatou:

(...) houve um episódio assim, subindo no elevador com uma colega que trabalhava na Clínica e um colega que trabalhava no mesmo corredor, numa outra clínica. E viemos conversando e paramos na porta da sala dele e lá pelas tantas ele disse ‘eu não sei se eu devo ser promíscuo com meus pacientes’. ‘Opa, um de nós não sabe o que significa promiscuidade porque

eu não me considero e nem considero minha equipe promíscua porque abraça e beija os pacientes, dá afeto, aconchego, carinho, acolhe o paciente quando chega.

No entanto, para Lucas, o afeto não deveria ser exceção, mas regra nas práticas comunicativas e de saúde. No Editorial da segunda edição de O Boletim, da cobertura do XII Encontro de Pessoas Vivendo com HIV e Aids, os pacientes noticiaram a participação do médico, que em seu pronunciamento declarou ter ouvido dos colegas

“(...) afirmativas dizendo que a ‘Clínica de aids’ mima seus pacientes. Sua resposta a esse comentário deve servir de exemplo a todos aqueles que trabalham na área de saúde – Ele respondeu que não se tratava de mimar o paciente mas sim oferecer ao paciente aquilo que ele mesmo desejaria receber em qualquer atendimento de saúde.” (O Boletim, Ano II, nº 2, de 28 de setembro de 2004, p. 2).

Esses relatos mostram as relações de poder no discurso médico nas falas dos profissionais da Policlínica e os embates entre modelos de práticas comunicativas e de saúde. Ao que parece, a mudança nessas práticas foi possível. Em um Projeto, eles reconheceram como um passo importante o “*bom relacionamento*” com os grupos de “*HSH*” [homens que fazem sexo com homens], travestis e profissionais do sexo, com a realização de reuniões com travestis e a participação em ongs de travestis e de lésbicas (RIO DE JANEIRO, 2005). Isso lhes rendeu o prêmio de acolhimento concedido por uma ong, nos contou Maria em uma ocasião.

No que diz respeito ao tema da sexualidade de jovens vivendo com HIV e aids, Lucas relatou uma situação de acolhimento vivenciada em sua prática:

*(...) atendi uma senhora com um filho, (...) na época tinha 17 anos, bonito, aparentemente saudável e tal. E a mãe tava com muita raiva, tava assim indignada, trazendo o filho pra um diagnóstico de aids. E eu fui conversando, primeiro pra acalmá-la, porque ela tava sofrendo muito e com raiva dele também. (...) E aí, durante a conversa, **‘o rapaz, você tem que levar a vida normal, se cuidar, se preservar e tal. Cuidado com o uso do preservativo, não usar nada gorduroso como lubrificante porque arrebenta o preservativo’** (...). Aí ele falou ‘Arrebenta? Mesmo óleo de cozinha?’.*

O aconselhamento do médico para que levasse uma vida normal, se cuidasse e se prevenisse era um dos nortes do dispositivo da sexualidade. Bem verdade, do século XIX em diante, a medicina colocou regras ao sexo, por meio de mecanismos, como narrações de sintomas pelos pacientes. É a medicalização da vida (FOUCAULT, 1988). Assim, “(...) a sexualidade foi definida como sendo, ‘por natureza’, um domínio penetrável por processos patológicos, solicitando, portanto, intervenções terapêuticas ou de normalização (...)” (ibid., p. 67).

Ainda, para Lucas, uma das dificuldades era que “*discursos*” sobre prevenção nem sempre confluíam com práticas sexuais mais seguras: “(...) na maioria dos casos eles tinham tudo na ponta

da língua, como se proteger. Mas, na prática, volta e meia aparecia um com uma gonorreia, outra doença sexualmente transmissível, e a gente via que não tava usando o preservativo”. Ele acreditava que, com o advento da medicação e por associarem-na à cura da aids, houve uma “banalização” do uso do preservativo. A isso relacionou a juventude: “(...) lógico que a juventude tem os hormônios mais ativos (...)”. Consideramos essa representação da juventude como pressuposto no próximo capítulo.

1.2.2 Humanização das práticas de saúde na Clínica: modos de pertencimento

Mas a sexualidade era tematizada de modo geral e não apenas com grupos mais “maltratados”. Lucas disse que “aconselhavam” os pacientes a não contarem a condição sorológica aos parceiros sexuais cujo relacionamento não tivesse muito tempo. O aconselhamento pode ser definido como a “escuta ativa” e a relação de confiança com o paciente, de modo que isso ajuda, por exemplo, à reflexão e à adoção de práticas sexuais seguras, e ocorre em atendimentos individuais e coletivos (FILGUEIRAS & DESLANDES, 1999).

Além disso, o trabalho “mais humanizado” por parte dos profissionais de saúde e com maior participação dos pacientes de forma a “resgatar a cidadania”, como mostra o Projeto Estrelando (RIO DE JANEIRO, 2007). Como lembrou Lucas, nessa época, não se falava em humanização, embora houvesse movimentos para que ela ocorresse. Concretamente, a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS é de 2003. Por ela se buscou aprimorar, ofertar e divulgar estratégias e metodologias de apoio e mudanças sustentáveis dos modelos de atenção e de gestão (BRASIL, 2014c). De maneira sintética, Minayo (2006, p. 26) explicou que a “humanização do setor Saúde significa um movimento instituinte do cuidado e da valorização da intersubjetividade nas relações”. Também a humanização está associada a outras categorias, como qualidade da assistência e gestão participativa.

Ao que parece, na Clínica conseguiram práticas mais humanizadas, desde a abordagem holística aos pacientes até na criação de O Grupo. Em 2005, a unidade foi premiada com o trabalho “Uma abordagem humanizada”, no 1º Prêmio de Incentivo à Prevenção e ao Tratamento do HIV/aids, cujo tema era “adesão à terapia antirretroviral”, realizado pela Sociedade Brasileira de Infectologia – SBI (2005). Foram 108 trabalhos nacionais inscritos em sete categorias, e a Clínica ganhou em Integração multidisciplinar. A premiação contou com uma mensagem do presidente do Brasil na época e Maria, a assistente social, e os outros ganhadores saíram na revista IstoÉ. No projeto diziam ter como missão o “atendimento humanizado, privilegiando a maior participação do usuário no cotidiano da clínica e resgate da cidadania (...)”.

Em 2007, foram contemplados na terceira edição do mesmo Prêmio concedido pela SBI, com o Projeto *“Estrelando Videoteca na Clínica de Aids”*, cujo tema foi a *“Qualidade de Vida – HIV/aids – Quando tratar é mais do que combater uma doença”*, na categoria Programa – População entre 18 e 60 anos. Foram 145 projetos nacionais inscritos. Maria saiu na Revista InfoAids Profissional, para a qual disse *“Acreditamos que o paciente pode aderir bem ao tratamento e, para isso, apostamos na linguagem do cinema, quando ele desenvolve reflexões a partir dos filmes aos quais assiste.”* (SBI, 2007, p. 3).

No Estrelando, o vínculo ficou mais evidente, pois o Projeto tinha como objetivo favorecer *“a construção de vínculo do paciente com o serviço e com o tratamento como um todo”* (RIO DE JANEIRO, 2007, p. 1). A proposta buscou oportunizar *“as pessoas participarem de um ambiente onde circula informação, socializa ideias e estimula a convivência em grupo, elementos fundamentais de suporte para manter adesão [ao tratamento] (...)”* (ibid., p. 2) [grifos nossos]. Foram passados 12 filmes, durante os meses de 2006, escolhidos pelos pacientes, e realizados debates após a sessão, com a distribuição de lanche. Durante nossa observação, pacientes e profissionais se lembravam com carinho do Projeto: *“Maria colocava cartazes das sessões na parede”*, nos contou uma das assistentes de enfermagem da Policlínica, que revelou participar também porque ofereciam pipoca.

Notamos em um dos enunciados do Projeto que sua base teórica e metodológica utilizava as ideias de Paulo Freire para a construção participativa do conhecimento. No campo da educação, Freire (1983) fez críticas à *“educação bancária”*. Para ele, comunicar não era simplesmente transmitir informações às pessoas, mas trazê-los para participar e pensar o processo educativo. E considerou que educação e comunicação são processos dialógicos, ou seja, que se constroem na relação entre pessoas. Desse modo, podemos dizer que a educação bancária tem a mesma lógica do modelo informacional da comunicação. Ainda, na saúde, a proposta de educação freireana guiou reflexões na saúde comunitária.

A busca pela humanização das práticas de saúde também refletia nas atividades desenvolvidas por O Grupo, que na terceira edição de O Boletim convocou para uma reunião sobre humanização, no Centro de Estudos. Evidenciando a importância que assumiu O Boletim em informar sobre questões pertinentes àquele contexto e sendo um meio de participação dos pacientes (O Boletim, Ano I, nº 3, 3 de dezembro de 1998).

Pelo impresso também circulavam discursos sobre a sexualidade, mostrando como a *“administração”* da sexualidade era compartilhada por profissionais de saúde e pacientes de HIV/aids. Em uma Carta ao Leitor, uma mulher, que se identificou como M.R.S e como parente de um dos pacientes da Clínica, questionou o uso do preservativo com seu marido: *“Solicitando o uso do preservativo, não estaria eu dando meu aval para que ele dê seus beliscos lá fora? (...) Se eu*

solicitar o uso do preservativo ele vai achar que estou duvidando de sua sexualidade [orientação sexual]. Estou confusa, de que forma devo agir?” (O Boletim, Ano I, nº 3, 3 de dezembro de 1998, p. 1-6). E o diretor de comunicação de O Boletim a aconselhou à negociação do uso do preservativo:

“Acredito que o ideal é um papo franco e aberto com o cônjuge, mas cada caso é um caso e cada pessoa sabe os seus limites de comunicação e entendimento com o seu parceiro ou até mesmo se está ainda em desenvolvimento o estabelecimento dessa comunicação mais ampla entre alguns casais.” (O Boletim, Ano I, nº 3, 3 de dezembro de 1998, p. 1-6).

1.2.3 De O Grupo para Associação dos Usuários e Amigos do PAM: aproximações com o movimento social

A participação de O Grupo no cotidiano da Clínica evidencia o vínculo institucional com o movimento social. Além disso, nessa época, articularam com laboratórios, que passaram a financiar projetos e viagens dos profissionais para eventos científicos. Esse novo enfoque teria estimulado a equipe a buscar conhecimentos e trocar experiências em congressos, seminários e em visitas a outros serviços de saúde.

Segundo Pichon-Rivière (1988), que propôs uma teoria do vínculo na constituição de grupos, seria necessário considerar a vinculação das pessoas a instituições, principalmente a família, e, numa perspectiva mais ampla, com a sociedade, considerando o contexto político e econômico da qual participam. Essa ideia é interessante para pensar no vínculo que pacientes de HIV/aids e profissionais de saúde estabeleciam, participando de eventos e atividades externas. Por isso, Miguel nos disse, em um evento na Clínica, que O Grupo era mais conhecido fora que dentro da Policlínica.

Assim, tiveram contato com o conselho distrital de saúde, do qual o próprio Miguel participava, que passou a lhes apoiar (O Boletim, Ano I, nº 1, 9 de setembro de 1998) e com as ongs aids. Conforme afirmaram Malta e Bastos (2012), a ausência dos movimentos sociais, em todo o mundo, teria piorado a situação da aids.

É preciso lembrar que a atuação do movimento social conflui com a diretriz da *participação* do SUS, a qual pressupõe que a sociedade deve ajudar na gestão do sistema de saúde, contribuindo na formulação de políticas para o setor e na fiscalização destas, por exemplo, por intermédio dos conselhos de saúde e das conferências de saúde. De modo geral, a participação é o exercício da cidadania e o “controle social” do Estado. Araujo e Cardoso (2007) destacaram que a participação resulta e ao mesmo tempo coloca em xeque as demais diretrizes do SUS. Nesse sentido, deve transcender os conselhos e conferências de saúde e se manifestar por outras vias, exercendo a comunicação lugar estratégico na relação e na articulação com setores importantes à saúde.

Em parceria com o conselho distrital de saúde e com ongs, como o Grupo Pela Vidda e a ABIA, entre outras, O Grupo da Clínica passou a reivindicar um atendimento de qualidade e promover reuniões para discutir diversos assuntos, convocando os pacientes para movimentos, atos e audiências públicas. Sobre esse “*intercâmbio*” com as ongs, Lucas acreditava que foi “*boa para os dois lados*”, embora no início tenha havido dificuldade porque algumas ongs não abriram para pessoas que não fossem soropositivas, como o próprio médico.

Esse vínculo com o movimento social de aids incitou a participação no sistema público de saúde e o ativismo de pacientes. Em uma coluna, o diretor de comunicação de O Boletim chamou para “a ação” de rua em vez de “*ficar na inércia bancando o crítico dos governos, falando mal e reclamando dentro de casa ou com os colegas de roda sem nada fazer sem participar e dar sua contribuição (...)*”. O Boletim relatou que “*conduzidos pela ‘Associação’, muitos Usuários que saíam das filas das farmácias sem medicamentos, foram participar do movimento que ocorria em frente à Câmara dos Vereadores na Cinelândia.*” (O Boletim, Ano II, nº 2, de 28 de setembro de 2004, p. 1-3).

Tamanho o envolvimento dos pacientes que, em 27 de novembro de 2003, O Grupo veio a se tornar a Associação dos Usuários e Amigos do PAM. Inicialmente, ficaria restrita à Clínica, como de fato tem sido a maioria de suas ações. No entanto, acabou se firmando como um órgão para representar usuários da Policlínica em geral, especialmente pelo vínculo entre pacientes de HIV/aids e idosos, usuários da Policlínica. A Associação foi fundada em assembleia com 29 pessoas e com respaldo técnico de uma advogada para a realização do estatuto. O artigo 3º propôs que teria “*como finalidade defender a saúde pública, defender os princípios e diretrizes do SUS, a sua implantação e defender os interesses específicos dos seus associados.*” (O Boletim, Ano II, nº 1, 29 de janeiro de 2004).

No aniversário de um ano da Associação, em 2005, estiveram presentes representantes de ongs e de um grupo de cidadania para transgêneros e transexuais, de outras instituições de saúde, como o Hemorio e um grupo musical de pacientes e médicos de outra unidade de saúde que tocou, membros do conselho distrital de saúde, da direção da Policlínica, a coordenação e funcionários da Clínica de aids e de outras clínicas, o que evidencia os vínculos institucionais da Associação e da Clínica. Nesse dia, foi concedido o prêmio “*Ativista 2004*” a um casal de pacientes (O Boletim, Ano II, nº 3, 14 de fevereiro de 2005, p. 6). Essa edição trouxe ainda uma carta do diretor de comunicação, que morreria em de aids tempos depois. Nela ele se desculpou por não ter dado “*uma resposta melhor*” a um questionamento feito a ele sobre a atuação da Associação:

Nosso trabalho como *cidadãos ativistas* é trazer o maior número de pessoas a informação ao esclarecimento e conscientização da necessidade de melhorar as coisas. (...) Outro dia alguém me perguntou: Você acha que sua Associação vai salvar o mundo? Respondi: Primeiramente quero deixar claro

que a Associação não é minha, não é do PAM e não é de ninguém. A ‘Associação’ é uma associação que pertence a um *movimento* muito maior do que se imagina. Ela é apenas um núcleo neste movimento *em prol da saúde que acontece em todo o Rio de Janeiro* (O Boletim, Ano II, nº 3, 14 de fevereiro de 2005, p. 7) [grifos nossos].

A aposentadoria de Lucas, em 2012, marcaria o início de outro período da Clínica, o qual vivia atualmente. Então, Marta, uma das médicas infectologistas, ocupou a vaga. Assim, convocaram uma reunião entre profissionais ligados à Clínica. Na ata da reunião a pauta era o fluxo da rotina de atendimento. Entre os problemas enfrentados, destacamos o aumento na demanda de pacientes transferidos de outras unidades de saúde, que se devem, em alguma medida, pela Clínica de aids ser uma referência (RIO DE JANEIRO, 2012a).

Nesse mesmo ano, o mandato da presidência da Associação, presidida por Miguel, venceu e, até 2014, não convocaram uma assembleia para nomeação de um novo presidente. A paralização das atividades se deve porque ele estava desligado, cuidando da própria saúde: “*O SUS acordou para mim*”, brincou, durante um evento da Clínica. Ele continuava conseguindo ingressos para os pacientes da clínica participarem de eventos no Municipal. Embora o vínculo da Clínica com as ongs aids não tenha se desfeito, estava “apagado”, como reconheceu por isso o presidente da Pela Vidda, durante uma visita das assistentes sociais à ong. E complementou que precisavam “*retomar o vínculo*”.

Finalmente, também em 2012, a Organização das Nações Unidas (ONU) publicou uma lista de contatos dos *Serviços de Atendimento Especializado em HIV/AIDS* (SAE), de 11 capitais brasileiras, e a Clínica foi uma das unidades de saúde referenciadas (ONU, 2012). O que podemos entender como a consolidação da referência da Clínica na rede pública de saúde no país.

Contudo, como a história, a Clínica ter se tornado uma referência foi um processo, ocasionado por diversos acontecimentos e mudanças discursivas. Desse modo, para que possamos entender o funcionamento e as práticas de comunicação e de saúde da Clínica na atualidade, bem como os discursos sobre sexualidade e práticas sexuais de jovens vivendo com HIV e aids nesse pedaço, é preciso que tomemos como norte a ideia pela qual Foucault (2008) defendeu que discursos históricos têm como objetivo “despresentificar” as coisas.

CAPÍTULO 2 – VÍNCULOS ENTRE JOVENS VIVENDO COM HIV E PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA CLÍNICA DE AIDS DE HOJE

Diferente das outras clínicas da Policlínica, a Clínica de aids seria um pedaço fechado, como um forte. Por isso, Ana, uma das técnicas de enfermagem da recepção, disse em uma ocasião: “*Fora da Clínica é outro mundo*”³³. No entanto, a categoria pedaço nos foi útil para, após suspendê-la, como sugeriu Magnani (2014), perceber que a Clínica era constituída por diversos pedaços nos quais os jovens vivendo com HIV e aids estabeleciam vínculos - e mesmo a Policlínica, por ser uma “**unidade** de saúde” separada por especialidades e andares. Tais como grupos de recepção com a enfermeira, consultas médicas e rodas de conversa na sala de espera com as assistentes sociais.

Magnani (1992; 2005) utilizou o pedaço para pensar fluxos de pessoas no contexto urbano, especialmente de práticas culturais e de lazer, redes de sociabilidade, relações de troca e de conflito de jovens na cidade. De modo que no pedaço,

Reduzido a seus componentes básicos – um de ordem espacial e outro, simbólica-, ficou a ideia de um ponto concreto de referência em torno do qual se estabelecem *vínculos* com base em redes já existentes – como a do parentesco, vizinhança, procedência etc. – e que expressam através de códigos comuns de reconhecimento (MAGNANI, 1992, p. 199-200) [grifo nosso].

Além disso, conforme nos ensinou Leite (2011, p. 334), “o espaço só se torna um lugar mediante as práticas sociais que lhe imprimem sentidos”. Dessa maneira, na atualidade, na Clínica o vínculo ganhava novos contornos e estava correlacionado a práticas comunicativas e de saúde como o “cuidado” (FOUCAULT, 1985) dos médicos, a “escuta ativa” (FILGUEIRAS & DESLANDES, 1999) e o “afeto” (SODRÉ, 2006), das assistentes sociais.

Assim, o vínculo se dava nesses pedaços, conforme essas práticas comunicativas e de saúde, as circunstâncias (atividades formais, como consultas individuais, ou informais, como rodas de conversa), a necessidade (de realizar o tratamento e de fazer uso da medicação) e quem estava envolvido (especialmente, em nosso caso, jovens, e demais pacientes da Clínica, e profissionais de saúde, como enfermeira, médicos e assistentes sociais). No caso dos profissionais, podemos dizer que eles compunham as *scientia sexualis*, isto é, as disciplinas que usavam do discurso científico para exercerem o controle do sexo, produzindo sobre ele um regime de “verdade”.

³³ Na recepção, duas técnicas e uma assistente de enfermagem, que revezavam as escalas de trabalho, agendavam as consultas médicas. Elas podiam estabelecer o primeiro vínculo com os pacientes. Por isso, Graça, umas das jovens pacientes da Clínica, disse que tinha “*várias amigas aqui na frente*”. No dia da consulta, elas pesavam os pacientes, entregavam-lhes senhas (muitos chegavam às 7 horas, quando já tinha fila na entrada do edifício, retiravam a senha, iam trabalhar e voltavam pela tarde), cuidavam dos prontuários e lhes chamavam para as consultas.

Foi possível averiguar, sistematizar e analisar o vínculo a partir de nossa observação participante de atendimentos individuais e ações coletivas realizadas pelos profissionais de saúde nos pedaços acima colocados e das entrevistas com profissionais e sete jovens, pacientes da Clínica. Estes jovens, além de estarem em uma faixa etária pela qual podemos, inicialmente, considerá-los jovens, entre 19 e 27 anos, tinham em comum o fato de serem soropositivos. Também foram considerados outros atributos *auto referidos* na seleção dos jovens:

a) identidades sexuais: conformadas pelos gêneros, masculino (3) e feminino (4), e pelas orientações sexuais, heterossexual (4), homossexual (2) e *transsexual* (1). Apenas uma jovem heterossexual declarou ter práticas bissexuais, os outros tinham práticas hétero ou homossexuais;

b) origens regionais: da zona norte (5), onde ficam os bairros mais populares, sul (1) e do Centro (1) do Rio de Janeiro;

c) religião, sendo que 5 declararam ter algum tipo de crença/religião;

d) trabalhos e profissões: advogado (1), arquiteto (1), funcionária do Estado (1), design gráfico (1), profissional do sexo (1), desempregados (2). Em termos de estudo, tinham graduação (3) ou ensino médio (4), sendo que destes últimos, dois recebiam auxílio do programa bolsa família. A seguir estão identificados alguns dos marcadores descritos, caracterizados a partir da descrição de quem foram os sete jovens entrevistados.

2.1 JOVENS NO PEDAÇO DA CLÍNICA DE AIDS

Cícero tinha 23 anos, se infectou por transmissão sexual, se considerava “moreno” ou “mestiço” (“pardo”³⁴) e “gay”, com práticas homossexuais. Era solteiro, advogado, trabalhava em um escritório de advocacia e morava sozinho, no Centro do Rio de Janeiro.

Jorge tinha 27 anos, se infectou por transmissão sexual, se considerava “moreno” ou “pardo”, por descendente de indígena do norte do Brasil (“branco”). Era design gráfico, trabalhava

³⁴ Colocamos entre parênteses como eram referidos nos prontuários médicos. Embora marcadores sociais de “raça”/etnia não façam parte do escopo de análise desta pesquisa, é preciso considerar que a maneira com que os jovens se auto referiam nem sempre era a mesma dos prontuários. Além disso, um dos jovens tinha fenótipo negro e se auto referia “branco”, porque, segundo ele, era como estava na certidão de nascimento.

com amigos dos quais era sócio em uma gráfica. Era heterossexual, com práticas heterossexuais, e morava com a namorada Sara e os pais dela.

Sara tinha 20 anos, se infectou por transmissão sexual, se considerava “parda” ou “negra” (“parda”). Era heterossexual, com práticas bissexuais. Formada no magistério e estudante de pedagogia, trabalhava na Secretaria de Estado de Administração Penitenciária, e morava na zona norte do Rio de Janeiro, com a mãe, o pai, que a sustentavam, e o namorado, Jorge. Namoravam havia 2 anos e tiveram o diagnóstico juntos. Teriam se infectado no suíngue e ela defendia que podia ser porque ela fazia sexo oral sem preservativo, em homens e mulheres. Mas, não descartava a possibilidade da infecção quando o preservativo de Jorge rompeu uma vez.

A orientação sexual auto referida de Sara era tensionada pelas práticas bissexuais. No entanto, ela não se considerava bissexual, porque estava “*experimentando*”. Monteiro *et al.* (2014) notaram, em observações, questionários e entrevista com usuários de um CTA no Rio de Janeiro, que a auto referenciação quanto à orientação sexual nem sempre se referia às práticas sexuais.

Bosco tinha 19 anos, se infectou por transmissão vertical – era filho de pais soropositivos, ambos pacientes da Clínica, se considerava “branco” (tinha fenótipo negro), “hétero” e não tinha práticas sexuais. Era solteiro, evangélico, estudante de ensino médio e morava com pais e o irmão mais velho na zona norte do Rio de Janeiro. Ele e o irmão estavam desempregados e eram sustentados pela mãe e o pai. Recebiam auxílio do bolsa família e Bosco tinha passe de ônibus especial.

Madalena tinha 25 anos, se infectou por transmissão sexual, se considerava “negra”, era “transsexual” (“homossexual”³⁵), com práticas sexuais somente com homens. Estudou até o 2º ano do ensino médio, mas deixou a escola por sofrer preconceito sexual. Era profissional do sexo, desde os 19 anos, e, na atualidade, morava na zona norte, com o ex-namorado.

Graça tinha 21 anos, se infectou por transmissão sexual, se considerava “morena da cara branca” (“parda”), porque a mãe era “branca” e o pai “moreno”. Era “hétero”, solteira e tinha dois filhos (de 7 e 4 anos, fruto de relacionamentos com os ex-namorados). Concluiu o ensino médio, estava desempregada e recebia auxílio do bolsa família. Morava na zona norte, com os filhos, a mãe e o pai, que os sustentavam.

Francisco tinha 24 anos, se infectou por transmissão sexual, se considerava “branco”, era “homossexual”, com práticas homossexuais, solteiro. Se formou arquiteto, trabalhava em um

³⁵ Apesar de em seu prontuário constar que era “homossexual”, Madalena era tratada pelo nome social por seu médico. O tratamento pelo médico pode ser lido dentro da diretriz da equidade no SUS, pela qual se deve buscar atender demandas específicas das populações. Mas, como observarmos, nem sempre travestis e transsexuais pacientes da Clínica eram tratadas no gênero feminino. Uma médica disse uma vez “*Pega o prontuário dele [uma travesti]*”, para a técnica de enfermagem.

escritório de arquitetura, participava de duas ongs e morava na zona sul, com dois amigos homossexuais.

Devido aos horários de trabalho dele, Francisco foi o único jovem que encontramos fora da Clínica, em uma livraria próxima à unidade de saúde. Quando o entrevistamos, ele lembrou: *“Eu trato aqui na Cinelândia”*. Essa recordação resgata um ponto discutido anteriormente, a referência geográfica da Policlínica. Por isso, podemos considerar a Clínica como um “pedaço” que Francisco e os outros jovens entrevistados frequentavam com alguma periodicidade, para consultas com profissionais de saúde e para retirarem medicamentos. Isto é, estabeleciam vínculos com a unidade de saúde, conforme o atendimento dos profissionais de saúde e pela referência que era a Clínica.

Nesse caso, além da referência geográfica, por ser próxima do trabalho e de onde moravam, os jovens chegaram a esse pedaço pela referência que era a Clínica no serviço público de saúde. Por isso, Cícero contou que, quando saiu da rede privada, foi um amigo soropositivo quem lhe recomendou fazer o tratamento na Clínica. Além disso, era perto do escritório que trabalhava e da casa dele. Enquanto Francisco, ao sair do hospital da aeronáutica, foi até um hospital universitário e uma assistente social lhe encaminhou para a Clínica.

Mas, em se tratando de HIV/aids, esse pedaço também passou a ser referência por ser longe de onde trabalhavam e moravam. Graça contou que quando foi encaminhada para a clínica da família próxima de seu bairro ficou com “vergonha” de conversar com os profissionais de saúde e pediu para ser transferida: *“Entreí no Sisreg³⁶, mandou encaminhar para cá. (...) Eu gosto daqui porque é longe da parte que onde a gente mora, né. Porque eu tenho vergonha. (...) Ai eu pego o metrô e é rapidinho”*.

Inicialmente, Sara e Jorge foram referenciados para outra unidade de saúde e depois encaminhados para a Clínica. Sara gostava da localização por ser longe de casa. Ela achava que se algum vizinho soubesse que era soropositiva poderia prejudicar o trabalho da mãe dela. Mas, para Jorge era importante ser longe do trabalho, por causa do preconceito. Por isso, em seu emprego

³⁶ De acordo com Solla e Chioro (2012), os serviços de referência ainda não estão organizados e os fluxos são pouco regulados. E, como destacaram Giovanella e Mendonça (2012), conforme se tem organizado a rede, surgiu a necessidade de regular o número de leitos e a marcação de consultas e atendimentos especializados. Para estabelecer prioridades e monitorar as filas de espera no sistema público de saúde, foi criado, em nível nacional, o Sistema Nacional de Regulação (Sisreg), que passou a funcionar na Policlínica em setembro de 2013. Pelo Sisreg as consultas deviam ser agendadas *online* nas unidades de saúde da atenção primária, que encaminhariam o usuário. Assim, os pacientes da Policlínica precisariam chegar referenciados de uma unidade de atenção primária. Além disso, com a organização do serviço de saúde, os usuários deviam ser atendidos nas unidades de saúde da região onde moravam. Na Clínica de aids, houve um descontentamento em relação a isso, pois os pacientes de HIV/aids não queriam ser atendidos nos bairros onde moravam para não serem reconhecidos pela comunidade. Em 2013, o gerente do Programa das Doenças Infecciosas Sexualmente Transmissíveis do município do Rio de Janeiro realizou uma reunião com os profissionais das unidades de saúde da CAP 1.0 e sugeriu que os pacientes antigos fossem convidados, mas não forçados, a realizarem o tratamento nas áreas onde residem, pois, muitos tinham vínculo com as unidades. Essa atitude do gerente pode ser lida como exemplo de equidade no SUS.

anterior, Jorge evitava levar atestados quando ia às consultas. Oliveira *et al.* (2012) observaram que os jovens entrevistados por elas também se preocupavam com atestados.

2.2. PRÁTICAS COMUNICATIVAS E MODOS DE PRODUZIR VÍNCULOS NOS PEDAÇOS DA CLÍNICA DE AIDS

2.2.1 “Grupo de recepção” da Enfermagem: “acolhimento”

Logo que eram encaminhados para realizarem o tratamento de HIV/aids na Clínica, os jovens e demais pacientes tinham de agendar “o grupo de recepção” com a enfermeira, Antônia, antes de marcarem a consulta com o médico. Esse grupo era chamado de “grupo de acolhimento” na gestão anterior da Clínica (RIO DE JANEIRO, 2005).

Graça achou o grupo participativo e se sentiu acolhida: “*Eu cheguei lá oprimida, e ela [Antônia] ‘Fala alguma coisa, menina’. (...) E as outras pessoas [eram] bem interativas. (...) Deu bastante força*”. Por isso, no **grupo de recepção**, a enfermeira promovia uma comunicação em que trazia os pacientes para participarem da atividade. Embora, quando participamos do grupo, Antônia disse que não gostava que os pacientes se expusessem, por isso, preferia falar. No entanto, perguntava e fazia com que participassem.

Mesmo que o nome do grupo tivesse mudado, no grupo de recepção, Antônia procurava fazer o acolhimento dos pacientes recém chegados à Clínica. Em se tratando dos jovens, o grupo era importante porque podia ser o momento de estabelecimento do vínculo com o serviço de saúde. Por isso, em pesquisa com jovens, Oliveira *et al.* (2012, p. 936-7) afirmaram que “o acolhimento por parte da equipe de saúde teve e tem especial importância na vida dos entrevistados. O vínculo estabelecido com os profissionais é importante como referência na vida desses jovens, o que os ajuda a enfrentar situações difíceis”.

De modo geral, os grupos de recepção aconteciam quinzenalmente, às segundas feiras pela manhã, durante uma hora, no Centro de Estudos. Tratava-se de um primeiro contato mais técnico e quando se falava em sexualidade e práticas sexuais a primeira vez com os pacientes. A enfermeira explicava sobre HIV/aids, e funcionamento da Clínica (horários, marcação de consultas e retirada de prontuários). No dia que participei, Antônia me apresentou aos pacientes de HIV/aids como “*pesquisador de sexualidade*” e disse que pela temática eu estava “*no lugar certo*”, referindo-se ao fato de a maior parte dos casos de infecção pelo HIV serem por vias sexuais e pela Clínica ser referência no tratamento de HIV/aids.

Antônia também procurava estabelecer o vínculo usando uma linguagem “*direta*”. Assim, se

o paciente não a entendia “*sexo oral*”, ela dizia “*boquete*”, ou utilizava termos didáticos, como “*bichinho*” ao se referir ao HIV. Conforme havia notado Jodelet (1998), este último termo era utilizado por pessoas próximas que conheciam soropositivos ao se referirem ao HIV. No entanto, havia confusão entre vírus, micróbios e bactérias, simplificados naquela expressão. Além disso, Kelly-Santos (2009) identificou, em materiais educativos sobre hanseníase, o descolamento entre os discursos científico e o pedagógico, na comunicação sobre o contágio do bacilo causador da doença.

A linguagem “direta” da enfermeira pode ser entendida como a tentativa de levar informações técnicas e científicas com clareza na linguagem utilizada. No entanto, precisamos considerar que interferem no processo comunicativo, além da linguagem, os diferentes contextos, realidades sociais e subjetivas dos interlocutores (ARAÚJO, 2000). Em nosso caso, as demandas objetivas e subjetivas ficam evidentes.

Por isso, essa comunicação podia funcionar como tensor do acolhimento e do vínculo, em se tratando da temática da sexualidade. De modo que Cícero não se sentiu acolhido ao participar do grupo de recepção: “*Eu acho que não tinha necessidade, ela estava vendo a gente a primeira vez, pegar um pacote de camisinha e dar na mão de todo mundo, entende?*”. A dificuldade de Cícero indica para a necessidade de a recepção integrada ao acolhimento, e da consideração, como pontuamos, de realidades sociais e subjetivas dos pacientes de HIV/aids recém chegados à Clínica:

Os profissionais foram cordiais e tentaram acolher a clientela. Mesmo naqueles atendimentos em que a disponibilidade de tempo não era a ideal, percebeu-se que o profissional buscou ter uma atitude receptiva. Esses profissionais, na sua prática de trabalho, reconhecem que o usuário precisa se sentir apoiado e bem-vindo. *Há uma sensibilidade para o fato de que tais usuários, no momento de chegada ao serviço, trazem consigo uma considerável carga de fragilidade e angústia pessoal* (FILGUEIRAS & DESLANDES, 1999, p. 124) [grifo nosso].

Além disso, nem sempre os pacientes participavam do grupo. Jorge disse que por conta do trabalho. E Sara contou que foi convidada para “*o acolhimento*” e não pôde pelo mesmo motivo. Mas, na impossibilidade de o paciente participar, Antônia poderia convidá-lo para um atendimento individual que realizava, isso seria uma maneira de acolher e estabelecer o vínculo.

Desse modo, o grupo de recepção se apresentava como um primeiro pedaço para o estabelecimento do vínculo, que podia ocorrer por meio de práticas de acolhimento e de uma comunicação que favorecia a linguagem mais próxima dos jovens. No entanto, nem sempre ocorria o acolhimento, por exemplo, quando da impossibilidade de os jovens participarem da atividade. Além disso, considerar essas dificuldades dos jovens seria caminhar no sentido de uma maior compreensão das necessidades que tinham.

2.2.2 Consultas médicas: espaço de comunicação entre profissionais e jovens

Na Clínica eram cinco médicos infectologistas, dois homens e três mulheres. Sendo que três estavam na Clínica havia mais tempo, estes atendiam cerca de 600 pacientes de HIV/aids cada. Enquanto os dois mais novos atendiam boa parte dos novos pacientes encaminhados pelo Sisreg, como Madalena, Sara e Jorge. Cada um dos médicos atendia dois dias na semana, na maioria das vezes, pela tarde, em escalas de segunda a sexta-feira.

Embora não tenhamos participado de consultas individuais dos médicos, os relatos dos jovens e de outros pacientes ajudaram a compreender como se davam as sociabilidades entre eles, a partir de como se referiam à conversa sobre sexualidade e práticas sexuais, à medicação, pelo atendimento que recebiam e pelo cuidado nas práticas de saúde desses profissionais. Por isso, o vínculo a esse pedaço assumia centralidade no tratamento dos jovens. De fato, C. Cunha (2010) identificou, em etnografia com mulheres grávidas soropositivas, de camadas populares da Baixada Fluminense, que o vínculo com o médico era responsável pela adesão delas ao tratamento.

Bosco mudou de unidade de saúde quando Expedito foi transferido para a Clínica. Sara achava o médico “*maravilhoso, muito atencioso*”. E Jorge disse que o atendimento da Clínica era “*ótimo*” por causa dele, de quem gostava “*muito*”. O fato de gostarem de Expedito se devia pelo cuidado que o médico tinha no atendimento aos pacientes, conversando sobre assuntos como família e relacionamentos, e não centrado na medicação.

Essas falas demonstram a dimensão do vínculo e do cuidado nas práticas comunicativas e de saúde. Este é uma “*interação*” entre duas ou mais pessoas com o objetivo de encontrar o alívio de um sofrimento ou alcançar o bem estar, com a mediação de saberes nessa finalidade, explicou Ayres (2009). Com relação à atenção a jovens vivendo com HIV e aids, ele sugeriu que nos serviços de saúde as equipes busquem mais que o diagnóstico e a medicação dos pacientes, e assumam a responsabilidade pelo cuidado: “*A importância desse vínculo faz com que a qualidade de um serviço possa fazer toda a diferença para uma relação produtiva do jovem soropositivo e seus cuidadores (...)*” (ibid., p. 255).

Com efeito, desde a antiguidade grega, o cuidado de si está correlacionado ao pensamento e à prática médica (FOUCAULT, 1985), o que podemos estender às demais profissões da saúde no contexto da Clínica. Por isso,

A prática de si implica que o sujeito se constitua face a si próprio, não como um simples indivíduo imperfeito, ignorante e que tem necessidade de ser corrigido, formado e instruído, mas sim como indivíduo que sofre de certos males e que deve fazê-los cuidar, seja por si mesmo, ou por alguém que para isso tem competência (FOUCAULT, 1985, p. 62-63).

O vínculo com os médicos possibilitava que, além de os médicos procurarem saber sobre sexualidade e práticas sexuais, que os jovens perguntassem, por exemplo, sobre uso do preservativo, sexo oral e gravidez. Sara queria engravidar e Jorge perguntou a Expedito a possibilidade os procedimentos para ter um filho com a namorada. No entanto, Jorge dizia a Sara que não iriam tentar enquanto ela não parasse de fumar. E disse gostar de Expedito porque o médico o ajudava a cobrá-la em relação a tabaco. Podemos pensar que para Jorge o risco estava mais no hábito de Sara em fumar e menos na possível gravidez dela.

Mesmo assim, essa “competência”, nos termos foucaultianos, era tensionada por demandas objetivas dos jovens. Consequentemente, o vínculo com os médicos podia ser frágil ou se desfazia por alguma razão. Por causa do trabalho, Cícero não conseguiu ir à consulta uma vez e a remarcaram para um mês depois. Ele contou que não lhe deram as receitas para retirar a medicação que estava acabando. Por isso, Cícero não ia mais para as consultas e disse que estava retornando para a rede particular: *“Eu vou ficar com um cadastro no posto só pra pegar o remédio”*. Segundo Meyer e Félix (2004, p. 193),

Os atravessamentos do HIV na vida profissional, por exemplo, poderão ser de diversas ordens e envolver diferentes tipos de decisão: contar ou não aos/às colegas de trabalho; trabalhar ou não em área relacionada diretamente ao HIV/aids; conciliar a ingestão de medicamentos e idas frequentes ao serviço de saúde com os horários do trabalho, entre outras tantas possibilidades que impõem aos/às *jovens+* vigilância recorrente quanto à própria vida e às suas relações com o (e no) trabalho.

O tempo gasto esperando a consulta na sala de espera era outro tensor, mesmo para os pacientes mais vinculados aos médicos. Bosco refletiu: *“Vamos supor, se você marcou uma hora comigo, tenho que chegar aqui uma hora e tem que ser eu [o atendido]”*. Sara, Jorge e Madalena se preocupavam com a demora por causa do trabalho. Madalena mudou da Lapa para a Ilha do Governador e continuava indo para as consultas. Ela gostava do atendimento na Clínica, mas precisou desmarcar com um cliente uma vez: *“Tirando a demora, o chá de cadeira, é legal. (...) Porque marca para uma e meia e chega quase duas e meia. (...) Uma vez eu cheguei uma e meia e sai quase seis horas. (...) Liguei, era até um cliente. Liguei e desmarquei e marquei pra mais tarde”*.

É preciso lembrar que eram os médicos que decidiam os dias e horários das consultas. No entanto, as falas dos jovens nos levam a questionar a possibilidade de haver flexibilidade de dias e horários de atendimento, ainda que cada médico atendesse dois dias na semana e que a demanda de pacientes fosse grande.

Ao passo que os pedidos de laudos e atestados médicos para a concessão de benefícios podia ser motivo de certo desgaste na relação entre pacientes e médicos ou de rompimento do vínculo.

Marta, também coordenadora da Clínica, assinava pedidos enquanto conversava conosco, no consultório dela. Dissemos ter reparado nos muitos pedidos e ela respondeu: “*Sempre tem*”. Alguns pacientes pediam laudos, por exemplo, para aposentarem. Mas, quando os médicos questionavam a possibilidade de trabalharem, não gostavam e havia até agressões verbais. Alguns mudavam de médico ou de unidade de saúde.

O consultório médico era o principal pedaço da Clínica. E mesmo que o vínculo com os médicos tivesse centralidade no tratamento dos jovens e as relações entre eles quase sempre fossem pautadas pelo cuidado, que pressupunha trocas intersubjetivas, os jovens apontaram problemas objetivos, como dias e horários das consultas, atrasos no atendimento e concessão de laudos, que podiam dificultar o relacionamento.

2.1.3 Rodas de conversa do serviço social: “escuta ativa” e “afeto”

Arriscamos dizer que as assistentes sociais eram as principais responsáveis, junto com os médicos, pelo vínculo com os pacientes. Em um Relatório dos serviços realizados por elas, ao final de 2013, pontuaram o que norteava o trabalho que desenvolviam:

Nas **intervenções individuais e coletivas** o diferencial é a escuta ativa, onde **ações comunicativas possibilitam a construção de vínculos**, o estabelecimento do diálogo e a diminuição da distância entre os atores envolvidos (profissional e paciente) (RIO DE JANEIRO, 2013, p. 8) [grifos nossos].

As assistentes sociais buscavam estabelecer e fortalecer o “vínculo”, por meios da “*escuta ativa*” e do “*afeto*”. Um dia perguntamos a Bárbara, uma das assistentes sociais, o que era vínculo, ela respondeu: “**Vínculo é a ponte, a escuta ativa e o diálogo com o paciente, para além da questão da doença. Da ordem das subjetividades, das emoções**”. Segundo Filgueiras e Deslandes (1999, p. 124), a atitude de escuta ativa pressupõe a capacidade do profissional de “propiciar um espaço para que o usuário possa expressar aquilo que sabe, pensa e sente em relação a sua situação de saúde”, “responder às reais expectativas, dúvidas e necessidades deste” e “prestar-lhe apoio emocional”.

O afeto era tão importante para as assistentes sociais que, quando uma estagiária fez um relatório e escreveu que os profissionais do serviço social buscavam “*vínculos efetivos*” com os pacientes, Bárbara pediu que corrigisse: “*É afetivo!*”. Em outra ocasião, Maria, outra assistente social, afirmou: “*Acho que o afeto é a solução*”. De fato, o ato de se afetar, no qual estão contidas emoções, é um fenômeno processual e intersubjetivo. O afeto é um dos elementos do vínculo, posto que exige a partilha da existência com o outro, conforme explicou Sodré (2006).

Essas diretrizes guiavam as “*intervenções individuais e coletivas*”. Nos atendimentos individuais, segundo Bárbara, os pacientes de HIV/aids e em geral procuravam o setor para resolverem “*problemas*”³⁷. Como Madalena, Graça e Bosco, que procuraram o serviço social para conseguirem benefícios sociais, concedidos por serem soropositivos. Desse modo, esses eram os momentos em que primeiro as assistentes sociais estabeleciam o vínculo com os pacientes.

No entanto, eram nas ações coletivas, especialmente nas rodas de conversa, realizadas na sala de espera da Clínica, que havia a possibilidade de uma comunicação dos pacientes de HIV/aids entre si e com os profissionais de saúde. Por isso, Francisco gostou de participar “*Porque nem tinha tido contato com outro funcionário, nem paciente dali. Acho que justamente por isso. Você fica naquela sala de espera por horas, esperando, um olhando para a cara do outro*”. Mesmo assim, nem todos gostavam, alguns pacientes colocavam fones de ouvido, liam, saíam da sala ou conversavam em paralelo, e Cícero contou que quando participou as pessoas conversaram apenas sobre “*o mesmo problema [HIV/aids]*”.

Em uma ocasião, Maria afirmou que as rodas de conversa eram “*a institucionalização do bom atendimento*”. Naturalmente, na sala de espera os pacientes aguardavam até serem chamados para a consulta. Sendo assim, seria um “*não-lugar*” antropológico, isto é, um “*espaço-tempo livre*” (AUGÉ, 2005, p. 70). No entanto, as assistentes sociais davam-lhe outro sentido, transformando-a em um espaço “*de trabalho*”. Isso podia fazer da sala de espera um lugar antropológico, que existe por suas características de identitário, relacional e histórico. O próprio Augé (ibid., p. 67) ponderou que o não-lugar “*nunca existe sob uma forma pura; neles os lugares recompõem-se; reconstituem-se nele relações*”.

As primeiras rodas de conversa realizadas por Maria, a partir de 2011, foram de álcool e drogas. Em artigo que Maria, Bárbara e um estagiário escreveram sobre as rodas de conversa para um congresso do SUS, na produção do qual colaboramos, relataram que essa metodologia tinha ajudado a “*reforçar o vínculo*” com os pacientes. Além disso, é preciso considerar que O Grupo formado na Clínica, nos anos 1990, foi o precursor das rodas de conversa. Durante observação de uma visita das assistentes sociais à Pela Vidda, o presidente da ong lembrou que, no município do

³⁷ Os “problemas” eram diversos: reclamações da dificuldade de serem atendidos na Policlínica, transferência para a Clínica ou para outras unidades de saúde, necessidade de conversar (assuntos como reações à medicação e a vontade de se suicidar), esclarecimentos e encaminhamentos para solicitarem benefícios (passe gratuito de ônibus e metrô, bolsa família, Minha Casa Minha Vida, FGTS, aposentadoria, cesta básica da Sociedade Viva Cazuza, academia gratuita), necessidade de abrigo, casa para alugar e até dinheiro emprestado para voltar para casa. Usando um jargão das assistentes sociais, a “questão social” lhes batia à porta diariamente. Segundo Yamamoto (2006, p. 16), a questão social pode ser entendida como “o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista”, de ordem econômica, política e cultural. Para a autora, embora seja frequente a afirmativa de que o serviço social teria se tornado profissão quando da “tecnificação” da filantropia, essa é uma visão restrita. De modo que a profissionalização do serviço social está ligada à expansão da produção e das relações sociais capitalistas e das exclusões por ela geradas. Assim, o serviço social seria um meio para a viabilização de direitos, entre os quais podemos citar o acesso à saúde.

Rio de Janeiro, a Policlínica era a única que ainda tinha um grupo. Portanto, contribuía na referência da unidade de saúde no serviço público de saúde local.

As rodas de conversa eram direcionadas a pacientes de HIV/aids e seus familiares. Era um “*grupo espontaneamente formado*”, contou Bárbara em uma ocasião. Ainda que para algumas rodas fossem feitos cartazes, pequenos folhetos - com tema, data e horário, e ligavam chamando os pacientes para irem. Tinham um tempo determinado de duração (geralmente, uma hora, e ocorriam pela tarde). A discussão era “*informal*” e “*dinâmica*” e, inicialmente, as assistentes sociais, de jaleco, se identificavam, dizendo que estavam ali para “*trocar experiências*” e pediam para os pacientes que quisessem se apresentarem. Às vezes, ao fazerem isso, os pacientes acabavam contando histórias de vida e davam o tom da roda de conversa.

Bárbara costumava dizer que as rodas de conversa eram um espaço para “*horizontalizar saberes e poderes*”, porque todos podiam participar. Uma vez por mês, sem o jaleco, Pedro, um dos médicos infectologistas, ia à sala de espera. A presença dele quase sempre trazia questões pertinentes ao tratamento (HIV/aids, medicamentos, reações adversas, enfrentamentos e cansaço, cura etc.).

Em uma ocasião, o médico disse aos pacientes que eles precisavam de “*disciplina*” no tratamento e ouvir os profissionais de saúde que tinham “*buscado o conhecimento*”, o que relativiza a fala da assistente social sobre a horizontalidade de saberes e poderes. Mesmo assim, fica evidente a confluência de pedaços, profissionais de saúde, pacientes de HIV/aids, discursos, práticas de saúde e, portanto, vínculos. Ainda que, em uma ocasião em que Pedro participou, um paciente disse que as rodas de conversa eram melhores que as consultas, porque podiam conversar coisas que não diziam no consultório, pelo tempo e o atendimento que recebiam. Também, em um evento fora da Clínica, Bárbara reconheceu que as clínicas e setores da Policlínica estavam “*compartimentados*” em andares, o que para ela dificultaria as “*trocas*” entre profissionais.

Os temas das rodas de conversa eram livres (HIV/aids, saúde, sexualidade e práticas sexuais, prevenção, medicação, acesso ao SUS, direitos, aposentadoria, discriminação e estigma, religião, ciência, mídia etc.) ou específicos (“*Bate-papos sobre sexo*” e álcool e drogas), neste caso, eram os “*projetos de intervenção*” dos estagiários do serviço social. Eram realizadas, alternadamente, toda a semana, e as assistentes sociais convidavam profissionais de diversas áreas e pacientes - tais como farmacêuticos e atores que realizaram atividades lúdicas.

Sendo um lugar privilegiado para se falar de sexualidade e práticas sexuais. De fato, havia rodas de conversa cujo tema era a sexualidade, em que as assistentes sociais distribuíam e ensinavam como usar o preservativo. Em 2014, uma estagiária do setor desenvolveu o projeto de intervenção “*Bate-papos sobre sexo*”, realizado periodicamente com a participação de profissionais como psicólogos e sexóloga. De um dos encontros, a estagiária notou o que foi discutido: relação

sorodiscordante e não uso do preservativo, confiança no parceiro fixo e risco, acordo sobre preservativo, educação e sexualidade, revelação da sorologia e fim do relacionamento, revelação aos filhos e à família, perda do tesão e do desejo.

Como notamos, os assuntos eram diversos, como medicação, gravidez, masturbação, pornografia, orientação sexual, gênero, os quais ajudam a compreender os discursos sobre a sexualidade, que nem sempre circulavam nos grupos de recepção e nos consultórios médicos. Ao final de 2014, a estagiária fez um questionário com os pacientes para avaliar o projeto, em que lhes perguntou: 1) Você tem interesse em conversar sobre sexo? Sim/Não; 2) Sente-se à vontade para conversar sobre sexo com profissionais de saúde? Sim/Não e Em grupo/Atendimento individual; 3) Qual sua disponibilidade para participar do Bate-papo sobre sexo em atividades de grupo? Somente nos dias da minha consulta/Fora do dia da consulta/Nenhuma; 4) O que você sugere para ser discutido no grupo?; 5) Caso tenha interesse em saber sobre os próximos encontros deixe um contato. Entretanto, ainda não havia avaliado as respostas.

Assim, as rodas de conversa se constituíam como um pedaço diferenciado na atenção aos jovens e demais pacientes da Clínica e na comunicação deles com as assistentes sociais e outros profissionais de saúde. Por isso, era um espaço re-significado e estratégico dentro da Clínica. Além disso, devido às práticas comunicativas dali decorrentes, havia a possibilidade da tematização da sexualidade de maneira mais aberta e participativa. Por fim, devemos considerar que nesse e em outros pedaços na Clínica os jovens tinham alguma abertura para conversarem não apenas sobre sexualidade, também de diversos aspectos da vida. Isso podia não ocorrer em outros vínculos que tinham, como familiares, com amigos, parceiros sexuais e no trabalho, o que reforça a importância dos profissionais de saúde nos projetos de vida dos jovens.

CAPÍTULO 3 – JUVENTUDE, SEXUALIDADE E PRÁTICAS SEXUAIS: MARCADORES NA COMUNICAÇÃO ENTRE PROFISSIONAIS E JOVENS NA CLÍNICA DE AIDS

Podemos dizer que cada jovem tinha “multipertencimentos”, termo que Velho (2006) utilizou para demonstrar como, nas sociedades contemporâneas ocidentais, as pessoas têm diversas vinculações. Desse modo, ele sugeriu que pensemos na juventude no plural, qualificando-a como “complexa e heterogênea”. Nela a realidade é organizada a partir de variáveis econômicas, políticas, sociais e simbólicas, que estabelecem fronteiras e classificações de idade e de geração, numa perspectiva histórica e cultural.

Desse modo, os jovens vivendo com HIV e aids entrevistados estavam vinculados a diversos meios familiares, redes de amizade e tinham crenças e religiões distintas, por exemplo. Esses vínculos interferiam no modo como pensavam, no que acreditavam e faziam. No entanto, não eram condição para que tivessem abertura para revelar a sorologia ou conversar sobre o viver com HIV/aids e sexualidade e práticas sexuais com os pais, amigos, parceiros sexuais e colegas de trabalho.

Em relação a que discursos a sexualidade estava associada, na Clínica de aids, essa era uma preocupação dos próprios pacientes. Durante um Bate-papo sobre sexo, um deles afirmou: “*Na sexualidade, o importante é a prevenção*”. No entanto, como pudemos notar na observação, nas entrevistas e mesmo nos boletins, havia outros discursos que orientavam a sexualidade dos jovens, como sobre medicação, sobre erotismo, prazer e desejo. A composição desses discursos foi importante compreender que, de modo geral, os jovens tinham conhecimento dos meios de infecção pelo HIV e do uso do preservativo. Porém, nem sempre os sentidos do sexo seguro equivaliam aos hábitos do preservativo. Pois, as práticas sexuais dos jovens variavam conforme a prática sexual (sexo oral, vaginal e anal) e o parceiro sexual.

É preciso considerar, ainda, que nem sempre eles se consideravam jovens. E mesmo que se vissem jovens, tinham uma visão adultocêntrica da juventude. De modo que desejavam ter um emprego, família e filhos, o que costuma caracterizar a vida adulta. Assim, a juventude era o que projetavam para a vida. Além disso, entre os que acreditavam ser jovens a infecção pelo HIV teria influenciado no amadurecimento.

Portanto, as questões pertinentes ao viver com HIV/aids, as dificuldades de comunicação com familiares, amigos, parceiros sexuais e no trabalho, à sexualidade, às práticas sexuais e à juventude podem evidenciar a importância da vinculação com os profissionais de saúde, com os quais eles podiam, em alguma medida, dialogar.

3.1: MULTIPERTENCIMENTOS: SOROPOSITIVIDADE E SENTIDOS DA JUVENTUDE

Ao se verem infectados, surgia a dificuldade dos jovens em comunicar sobre o HIV/aids e a sexualidade para familiares, amigos, no trabalho e com os parceiros sexuais. Nesse ponto, acreditamos que o vínculo com os profissionais de saúde, para além dos exames e medicamentos, se fazia preponderante na orientação dos projetos de vida dos jovens. Além disso, os multipertencimentos dos jovens, como à família, ao trabalho e à igreja, interferiam nos sentidos que tinham da juventude e, portanto, de si próprios.

Sara revelou sua sorologia e de Jorge somente para mãe e a avó dela. No entanto, desde a puberdade tinha dificuldade de falar com a mãe sobre sexualidade, como iniciação sexual e uso de anticoncepcional. Mas ela conversava sobre esses assuntos, ainda que não contasse de sua sorologia, com as amigas no aplicativo para celular *Whatsapp*: *“Nossa, a gente fala muito. (...) Geralmente, é um grupo fechado de amigas, (...) só aquelas. [Conversavam sobre] Atração sexual, relacionamento, quem faz mais, quantas vezes no dia e assim vai”*.

Os pais de Cícero sabiam que ele era soropositivo e conversavam com ele sobre sexualidade, como orientação sexual. Porém, ele havia saído da casa dos pais, pois *“(...) depois que descobriu o problema, ai eles [os pais] ficaram mais em cima”*. No trabalho, Cícero precisou revelar para os chefes porque tinha dias que precisava fazer audiências e não estava se sentindo bem. E todos o respeitavam em relação à orientação sexual: *“Sou muito bem respeitado. (...) agora eu comando um grupo de 25 estagiários”*.

Assim, o fato de a família saber sobre a sorologia dos jovens não significa, contudo, que os jovens tinham menos dificuldade de comunicação. Os pais de Bosco também eram soropositivos, nem isso era suficiente para que ele falasse sobre relacionamentos. Por isso, ele conversava com uma tia, que, assim como os demais familiares, não sabia da sorologia dele:

“Meu pai e minha mãe eu não converso, não é que eu não gosto, não dá pra conversar com eles. Porque eu vou falar, eles não me escutam. Eu falo o nome de alguém, eles começam a colocar várias pilhas, tipo não apoiando. Ai eu prefiro conversar com minha tia [irmã da mãe]”.

Mas com Graça aconteceu de, após o diagnóstico, se aproximar mais da mãe, que lhe ajudava com o horário da medicação e cobrava o uso do preservativo: *“(...) quando eu saio, assim, eu boto a camisinha na bolsa e mãe 'Uhm, vai vendo, garota! Abre o olho, hein?' Ai eu 'Th, mãe, pode deixar tranquila que eu já estou preparada”*. Mesmo assim, era com o amigo soropositivo, “mais maduro”, que ela trocava experiências: *“Quando eu descobri, fui lá falar com ele e, né, ‘Bem que você me avisou’. Ai a gente começou a trocar uma ideia, **ele é mais maduro, ele tem 33 anos**”*.

Porém, nem todos os jovens contavam para a família. Jorge evitava que a família tivesse

conhecimento da sorologia dele. Ele tinha um plano de saúde familiar, mas preferia não utilizá-lo para fazer o tratamento de HIV/aids para que não soubessem. E tinha um amigo soropositivo para quem ainda não havia contado de sua sorologia.

Enquanto Francisco deixou a casa dos pais e foi morar com amigos. Mesmo que dissesse que era algo “*planejado*” por ele e consentido com os pais, ele preferiu não começar a tomar a medicação enquanto morasse com a família, para não ter “*problemas*”. E preferiu não revelar nem para a irmã, de quem era mais próximo e sabia que ele era homossexual. No entanto, revelou para duas amigas e um dos dois amigos com quem morava.

No decorrer da observação, em um banco no corredor na entrada da Clínica, conversamos com José, 27 anos, negro, *office-boy*, homossexual, solteiro, se infectou em um relacionamento sério, morava com os pais e três irmãs na zona norte do Rio de Janeiro, todos umbandistas. Ele relatou que não revelou para a família e “*conversava*” somente com os guias espirituais. Isso nos leva a pensar que na crença podiam encontrar apoio após o diagnóstico. Como Graça: “*eu me apeguei demais [pós diagnóstico]. Eu não quero deixar meus filhos ai sozinho (...). Eles estão muito novos*”. No entanto, dos sete jovens entrevistados, cinco revelaram ter alguma crença e apenas dois se auto denominaram de uma vertente religiosa, Bosco e Madalena, que eram evangélicos.

Nos relacionamentos afetivos e sexuais, a revelação da sorologia implicava “um tempo” de relação, até que tivessem “confiança” e “coragem”, e para que não sofressem “preconceito”. Conforme relataram do estudo que fizeram com jovens vivendo com HIV e aids, Paiva *et al.* (2011) também perceberam a necessidade que eles tinham desse tempo para revelarem aos parceiros, e Oliveira *et al.* (2012) e Meyer e Félix (2104), do receio de serem rejeitados.

Somente Madalena revelou a sorologia logo no início do relacionamento com o ex-namorado, que aceitou “*normalmente*”, segundo relatou. Cícero achava errado não comunicar logo no início da relação. No entanto, por causa do “*preconceito*”, ele esperava: “*(...) se eu vir que está vingando, que vai vingar namoro, eu chego e falo*”. Ele teve duas experiências diferentes, uma em que contou e o parceiro não quis continuar a relação e outra que o namorado descobriu os medicamentos na gaveta dele e perguntou para que eram: “*Ai eu contei. Ele disse ‘Você não precisa se preocupar que não vai mudar em nada’*”.

Graça não tinha revelado para os homens com quem se relacionou porque não teve “*coragem*”: “*Não tive coragem de me abrir, não*”. E Francisco achava que não teve uma relação em que sentisse que “*estava na hora de contar e seguir em frente*”. Mesmo assim, se sentia “*seguro*” de que não havia colocado “*ninguém em risco*”.

A dificuldade de falar sobre a sorologia ainda era expressa nos modos como nomeavam a aids. Os jovens utilizavam pronomes demonstrativos de distância de quem fala, como “*isso*”, “*essa doença*”, “*esse problema*”, “*esse negócio*”, ou em linguagem religiosa, “*esse fardo*” e “*essa*

cruz”. Raramente, utilizavam “*a aids*” e “*a doença*”. Essa não era uma linguagem apenas dos jovens, pois outros pacientes da Clínica também utilizavam os pronomes “*aquela/essa*” para se referir à aids e a qualificavam como “*a maldita*”, em linguagem religiosa³⁸.

Desse modo, podemos pensar que os jovens tinham, em alguma medida, dificuldade de comunicação sobre o viver com HIV/aids, bem como sobre sexualidade e práticas sexuais, com familiares, amigos, parceiros sexuais ou mesmo em geral. Com isso, podemos pensar que ter confiança para falarem sobre sexualidade e a sorologia não era fundamental apenas com parceiros, mas também com pais e amigos. Essa dificuldade também evidencia os multipertencimentos que tinham, por exemplo, à família, ao trabalho, às redes de amizade e à igreja. E isso interferia sobre os sentidos que tinham da juventude e, portanto, na percepção que tinham de si. Por isso, alguns não consideravam jovens, por pensarem ter “maturidade”, “mentalidade” e “responsabilidade”.

Cícero não se achava jovem porque trabalhava e morava sozinho. Para ele, mesmo quando morava com os pais, se achava “*maduro*”. Por isso, ele negociou conosco o uso do termo “jovem” para se referir a essa época. Enquanto Jorge também se achava “*responsável*” porque trabalhava desde os oito anos. E Sara, que morava com os pais, não se considerava jovem, porque estudava, trabalhava e planejava ter filho com Jorge:

“Porque a gente tem mais, muita responsabilidade. Além da faculdade, é trabalho, é casa, não é filho agora, mas futuramente. (...) Pela idade, sim, por eu ser nova, mas pelas responsabilidades e pela quantidade de, como eu posso dizer, de tarefas que eu tenho que fazer. É aquilo, eu moro com os meus pais, mas eu tenho o meu canto, canto da casa”.

Os sentidos de juventude de Cícero, Jorge e Sara chamam atenção para noções “adultocêntricas de juventude”, ou seja, daquilo que adultos em geral esperam dos jovens, em se tratando de estudo, profissão, família, relacionamento, filhos, como destacaram Meyer e Félix (2004). No entanto, os entrevistados que se consideravam jovens, Francisco, Bosco, Madalena e Graça, também tinham uma visão adultocêntrica da juventude, porque que eles queriam ter uma profissão, constituir família e ter filhos. O que leva a pensar na juventude como uma projeção do que buscavam ou deviam ser, e das “responsabilidades”.

Ainda que se visse jovem, Francisco pensava que, por não ser de uma classe social e econômica alta e ter estudado em bons colégios, devia ajudar outras pessoas. Por isso, participava de uma ong em que construíam casas de madeira para famílias em situação de vulnerabilidade, e justificou como: “*uma visão minha e das minhas responsabilidades, assim, meus deveres*”.

³⁸ Ainda, pacientes homossexuais contaram que chamavam a aids de “*a doce*” e “*pacote/pacotinho de Cosme e Damião*”, pelo fato de os medicamentos lembrarem balas. No dia da festa dedicada aos santos padroeiros das crianças, dos farmacêuticos e médicos, os devotos distribuem balas e doces como forma de pagar promessas. Além disso, a aids era nomeada por esse grupo enquanto “*tia*” e “*boneca*”, pela fato de a doença lhes acompanhar, como nos explicou um deles: “*Na balada, a maioria tem*”. Aquele que era soropositivo era “*carimbado*” ou “*[estava] com a marca*”.

Para Bosco, o pertencimento a uma determinada religião influenciava no sentido de juventude. Por isso, pela idade, ele não devia fazer parte do grupo de jovens da igreja e isso influenciava em como via a juventude: *“Às vezes, os outros falam ‘Vai fazer 20 anos, vai ficar velho’, e eu ‘Não! Eu sou jovem!’ (...) Igual as meninas, depois de uma certa idade, elas vão para o grupo das irmãs”*. Mas, quando perguntamos quais eram os sonhos dele, ele disse que trabalhar, ter uma casa e filhos: *“Eu sei que a minha idade vai chegando e vai batendo a responsabilidade”*.

Madalena se via jovem e acreditava que trabalhar não era condição para ser adulta, porque havia pessoas de menos idade que se prostituíam. Ela entendia a juventude como uma fase de *“aproveitamento”* e que não estava restrita à idade, pois a juventude seria um *“estilo de vida”*. O sentido de juventude de Madalena nos leva a questionar o caráter imanente da maturidade ligada à vida adulta e a pensar em como a prostituição estava associada à classe econômica e social. Afinal, como indicou, ela e outras profissionais se iniciaram na prostituição para sobreviverem.

Outro marcador que organizava os sentidos da juventude era a soropositividade. Por isso, o diagnóstico do HIV era um ponto de inflexão no sentido de juventude, bem como nas trajetórias desses jovens. Porque, como notaram Meyer e Félix (2004, p. 191), o diagnóstico *“pode ser considerado um importante aspecto na (re) definição dos projetos de vida (...)”*.

Graça afirmou que, a partir do diagnóstico, aprendeu a ser mãe e foi trabalhar.

“a minha mente evoluiu demais. Depois disso, eu acho que se eu tivesse essa mente que eu tenho hoje, eu não passava tudo, eu tinha me cuidado mais. (...) Acho que assim, da fase do não estou nem aí, acho que desde o primeiro filho eu fiquei meio nem aí. (...) Já com o mais novo que eu aprendi a ser mãe, que eu tive que cuidar (...). Depois eu fui trabalhar, no meu primeiro emprego”.

Com o diagnóstico Graça passou a sair menos, parou de usar drogas e procurou por amizades *“mais saudáveis, mais cabeça. Pessoas mais velhas que eu”*. Ela se considerava *“bastante jovem”* e acreditava ter se infectado com o pai do filho mais novo dela. Para ela, um jovem receber o diagnóstico seria mais difícil, pela idade, pela possibilidade de isso interferir nos projetos de vida e nos relacionamentos: *“(...) as meninas que ainda sonham em ser mãe, (...) ou achar um parceiro que entenda o problema dela”*.

Do mesmo modo que Graça, Francisco pensava que tinha amadurecido *“cinco anos em meses”* com o diagnóstico. Ele acreditava que a soropositividade lhe ajudou a ter mais coragem para tomar decisões e mudar, sem se preocupar com cobranças ou expectativas dos outros.

*“Você acaba virando um pouco menos jovem, eu diria. Porque tem horas que você tem que botar o pé no chão. (...) E já me considero com uma **vida normal de novo**. Só que muito diferente do que eu era antes. Porque eu amadureci mesmo, assumi o erro e aprendi a levar na cara e ao mesmo tempo **cobrar e ser mais crítico com as coisas e até comigo**”*.

Francisco teria se infectado com o ex-namorado. E, ao lhe revelar o diagnóstico, o médico problematizou a infecção, relacionando-a a juventude. Francisco argumentou com o médico que a juventude não estava apenas associada à “*curtição*”. Pois, ele tinha “*perspectivas*”, estava prestes a se formar e trabalhava. No entanto, como pensava Graça, para Francisco, o diagnóstico seria mais difícil para o jovem, posto que impor a dificuldade nos projetos de vida.

Além disso, a fala do médico ao revelar o diagnóstico para Francisco faz pensar que a adultização da juventude se dava também pelo que a sociedade projeta para eles, em termos de responsabilidades. O que não está ligado somente à cultura ocidental. Malinowski (2013) analisou a teoria psicanalítica de Freud, que estudou famílias burguesas europeias, e fez comparações com as próprias observações de povos melanésios e com famílias camponesas e proletárias da Europa. Como Freud, ele partiu da manifestação da sexualidade nas diferentes etapas da vida: infância, adolescência e vida adulta. E, conforme demonstrou Malinowski, a puberdade era quando nessas sociedades meninas e meninos deviam assumir responsabilidades familiares e sociais.

Outro analisador dos sentidos de juventude, para os que se consideravam e para os que não se viam jovens, era o que Francisco disse ser uma “*vida normal*”. Esse conceito exprimia uma contrariedade na fala deles. Pois, mesmo que pensassem dessa maneira, o diagnóstico demandava novos arranjos na vida. É preciso considerar que, por pensarem ter uma vida normal, chamam atenção, como observaram Meyer e Félix (2004, p. 191), para o desejo de serem

respeitados/as como *jovens normais*, que possuem suas particularidades, assim como os/as demais jovens. Para eles/as, a soropositividade precisa ser compreendida como uma (e não a mais importante) das diferenças que os/as constitui e, dessa maneira, indicam que suas vidas não se reduzem à sua condição sorológica.

Entre os que não se consideravam jovens, Cícero pensava que a vida continuava “*a mesma*”, porque encarou o diagnóstico com maturidade: “*A doença é a mesma. Eu acho o que muda, de fato, o que faz a pessoa é a mentalidade, é a cabeça. Eu não sei se é porque eu tenho a cabeça aberta, eu me considero muito maduro, apesar da pouca idade (...)*”. Embora ele tivesse passado a ter cuidados, como beber com moderação.

Sara também acreditava que a vida não teria mudado após o diagnóstico. Mas, ela pensava que, para um jovem, o diagnóstico seria mais “*complicado*”, porque teria de falar com a família e tomar a medicação. E, apesar de não se considerar jovem, ela viveu essas situações. Enquanto Jorge dizia levar uma “*vida normal*”, embora não pudesse mais competir jiu-jitsu profissionalmente, com medo dos exames de sangue que fazem antes dos campeonatos, e tivesse deixado o patrocínio e a bolsa atleta.

Entre os que se consideravam jovens, Bosco disse que a vida não mudou com a revelação do diagnóstico, feito pela mãe, quando ele tinha 15 anos. No entanto, ao saber, ele não aceitou e

argumentou que não havia pedido para “*nascer assim*”. Bosco se diferenciava dos demais entrevistados por ser o único cuja transmissão foi vertical. Desse modo, ele tomava a medicação desde criança e a não teria vivido arranjos como os demais jovens.

Do mesmo modo, o diagnóstico não teria mudado a vida de Madalena e nem lhe tornado mais madura. Pois, ela conhecia pessoas soropositivas na prostituição. Foi a mãe quem lhe revelou o diagnóstico, por telefone, pois, ela havia feito o teste de HIV na cidade natal, onde morava a família, e voltou para o Rio de Janeiro trabalhar. Madalena acreditava ter se infectado com um vizinho, que teria furado o preservativo. Foi lá que ela começou a se prostituir antes de vir morar na capital, aos 19 anos. Nessa época, ainda era “*menino*”, depois passou a fazer uso de hormônios e se tornou “*menina*”, por isso, o pai ficou um tempo sem falar com ela.

Outra aproximação entre os que se viam e para os que não se imaginavam jovens era de que a infecção pelo HIV não devia estar correlacionada apenas à juventude. Eles pensavam que “qualquer um” ou toda pessoa podia se infectar pelo HIV, como nas seguintes falas: “*Não tem diferença nenhuma. Se não tomar cuidado vai [se infectar]*” [Madalena], “*Acho que não se cuidando, qualquer um corre o risco de acontecer.*” [Graça], “*Não tem diferença. A doença é a mesma, os problemas são os mesmos, os dois [jovens e adultos] vão enfrentar as mesmas coisas (...).*” [Sara]. Quanto aos sentidos da infecção, estavam associados, principalmente, à falta de cuidado. Mas também por uma intervenção divina, como no caso de Cícero: “*Se deus me deu esse fardo*”³⁹.

3.2 DISCURSOS SOBRE SEXUALIDADE E PRÁTICAS SEXUAIS DE JOVENS VIVENDO COM HIV E AIDS: ENTRE PRAZER E PERIGO

Além da dificuldade de revelarem a sorologia, em um primeiro momento, o diagnóstico do HIV podia influenciar para que os jovens entrassem em uma “fase” ou em um “momento” de dificuldade de se relacionarem. Isso ocorria devido a um “bloqueio” que diziam ter para conhecerem pessoas, beijarem, fazerem sexo e revelarem a sorologia aos parceiros. Além do

³⁹ Conforme exemplificou Farmer (2004) sobre os sentidos da infecção pelo HIV, em etnografia em uma aldeia no Haiti rural, durante os anos 1980, inicialmente, a aids era “uma doença nova” relacionada à diarreia, à homossexualidade e que para os aldeões existia apenas na capital do país. Depois foi incorporada no imaginário social como sendo transmitida pelo “sangue ruim”, por transfusões ou relações sexuais entre pessoas do mesmo sexo, similar a como era entendida a tuberculose. Assim, a aids também era vista como uma doença crônica. O fim da ditadura no Haiti impulsionou as narrativas. Assim, surgiram teorias conspiratórias que delegavam à família que ocupou o poder o advento e a disseminação da doença. Em 1987, surgiram os primeiros casos de pessoas infectadas na aldeia. Daí que elas seriam vítimas de feitiçaria, “mandada” por pessoas invejosas e rivais. Essa representação passou a coexistir com o modelo da transmissão microbiana, divulgado no rádio. Por isso, Farmer (ibid., p. 556) afirmou que podiam “adotar medidas preventivas contra ambas individualmente. As camisinhas são úteis na prevenção da primeira, mas de nada adiantam contra a segunda”.

cuidado que deviam ter para não transmitirem o vírus.

Retomando a “hipótese repressiva” refutada por Foucault, Deleuze (1996) concordou que o dispositivo da sexualidade não reprimiria o sexo, no entanto, ponderou que, embora os processos de normatização não fossem repressivos, o efeito deles o era. Desse modo, podemos entender que o diagnóstico do HIV produzia como efeitos sobre os jovens a abstinência ou a diminuição das práticas sexuais, por receio que tinham de “passar” o HIV.

Entre os jovens entrevistados o cuidado tinha aspectos afetivos e sexuais, acontecendo nas práticas sexuais, que deviam ser sempre seguras. Para relações sorodiscordantes, deviam cuidar para evitar a infecção dos parceiros e, em relações soroconcordantes, cuidar para não haver reinfecção. Além disso, em caso de decisão de terem filhos, precisavam fazer acompanhamento clínico de modo a escolher o método de gravidez e tomar cuidado para não ocorrer transmissão vertical (MEYER & FÉLIX, 2014).

Francisco havia namorado dois homens e, depois do diagnóstico, afirmou que preferia não se relacionar, pois, não conseguia beijar e criou um “bloqueio”. Ele tinha medo de “passar” o HIV para alguém: *“Eu estou numa fase que eu quero ficar mais quieto e tal. Legal namorar se eu acho alguém interessante. (...) Porque eu me cobro muito, muito, muito. Mas absurdamente”*.

Graça namorou dois homens, com o segundo acreditava ter se infectado. Gostava dele, que pedia para retomarem. No entanto, ela não queria porque não sabia se ele estava “se cuidando”. Também porque estava em um “momento” que não se sentia preparada para ter uma relação, tinha um “bloqueio”: *“(…) Mesmo a gente tendo uma relação com outras pessoas, a gente tem que se cuidar, para o nosso vírus não se multiplicar”*.

Nessa fase, foi importante para Graça participar do grupo de recepção, porque tinha “dúvidas” e não queria “passar” o HIV: *“Porque, tipo assim, eu não quero prejudicar ninguém, jamais. Porque isso é uma coisa muito séria. Se eu tenho um tipo de problema, eu não vou querer passar para os outros”*. Além disso, o vínculo com o médico a ajudou a superar um quadro clínico de aids, com perda de cabelo e emagrecimento. Por isso, ela “se identificava” com ele. Depois de um tempo, o médico perguntou se ela estava namorando: *“Ai eu falei que estava nuns rolinhos ai, mas acho que não vai vingar, não”*. Porém, achava que eles conversavam “o básico”.

No entanto, Cícero acreditava ter a mesma frequência de práticas sexuais antes do diagnóstico, porque sempre se dedicou aos estudos e ao trabalho. Mesmo assim, praticava a “lei do desapego”, com isso, não estava se relacionando: *“Eu estou me desapegando das coisas fúteis, das coisas que não têm muita necessidade”*.

Em um segundo momento, ao se relacionarem, tinham cuidados para não se reinfectarem e não infectarem seus parceiros sexuais. Com isso, o “sexo seguro” tinha centralidade. Ainda que

reconhecessem que não usar preservativo era “mais gostoso”, não corriam perigos, procuravam “acostumar” a ter prazer usando preservativo.

C. Cunha (2012, p. 96) explicou que

A prevenção é tida como um ponto crucial nesse universo. Ela reúne a “preocupação” construída em torno do “descontrole” do exercício da sexualidade na “adolescência” ou “juventude” com a possibilidade de disseminação do HIV por parte dos jovens soropositivos, em caso de não uso do preservativo. Ela é vista, desta forma, como a única alternativa capaz de romper com o ciclo de transmissão que poderia ser iniciado pelos jovens soropositivos ao se relacionarem sexualmente “sem proteção”. Apesar de a retórica da prevenção ser muitas vezes reduzida ao uso do preservativo, ela ganha contornos morais impressionantes, na medida em que pressupõe a construção de uma “consciência” por parte dos jovens, envolvendo-os subjetivamente num controle de si, para muito além da construção de práticas ou comportamentos tidos como “mais saudáveis” ou “seguros”.

De fato, desde que se descobriu que o sexo é uma das maneiras de transmissão do HIV, a incitação ao sexo seguro tem sido um dos nortes das políticas e ações de saúde, especialmente por meio de campanhas. No Brasil, durante o século XX, as campanhas sanitárias foram uma das principais estratégias de intervenção em saúde pública, sendo o modelo hegemônico até a década de 1960. No entanto, esse modelo não foi extinto e, ainda hoje, aparece por meio de “iniciativas de prevenção e controle de alguma doença ou fator de risco.” (CARDOSO, 2001, p. 1).

Na Clínica de aids, a temática da sexualidade e das práticas sexuais estava presente desde os primórdios, como demonstramos. Nos boletins de O Grupo, por exemplo, divulgavam notas convocando para oficina de sexo seguro (O Boletim, ano I, nº 3, 3 de dezembro de 1998) e questionavam as razões de não haver distribuição de preservativo feminino gratuito (O Boletim, ano I nº 1, 9 de setembro de 1998).

Desse modo, em relação ao HIV/aids, buscar explicar as práticas sexuais “inseguras” e “bareback”⁴⁰ como “um fenômeno coerente ou com uma lógica interna” seria um “reduccionismo sociológico e antropológico”, como afirmaram Sáez e Carrascosa (2011, p. 168). Embora não seja nosso objetivo advogar pelas práticas sexuais sem o uso do preservativo, observamos que tanto “prevenção”, expressa no sexo seguro, quanto “não prevenção” eram socialmente construídas pelos jovens.

Do mesmo modo que observaram, Ayres (2009) e Paiva *et al.* (2011) entre os jovens que entrevistaram, eles pareceram conscientes da necessidade da prevenção. Em nosso caso, com o

⁴⁰ O “bareback” é um termo mais difundido entre homossexuais. Segundo Sáez e Carrascosa (2011), a partir dos anos 2000, houve um abandono do preservativo por parte da comunidade gay o que teria contribuído para aumentar os casos de HIV/aids no grupo. Ademais, popularizaram-se festas e orgias em que a “roleta russa” é uma prática recorrente. Nesta, os participantes sabem que há um soropositivo entre eles e fazem sexo sem preservativo por prazer em correr o risco. O abandono do preservativo estaria ligado ao cansaço, e ao desejo pelo proibido, pelo perigoso e pelo transgressor.

diagnóstico, os jovens adotavam posturas de cuidado. Contudo, o uso do preservativo era diferente conforme as práticas e os parceiros sexuais. Por isso, no sexo oral ele era menos usado, mesmo que tivessem “consciência” do sexo seguro.

Cícero praticava sexo oral com preservativo porque “(...) eu não sei se a pessoa que esta comigo tem algum machucado na boca (...)”. Mas não gostava, porque era “desconfortável” e o prazer “diminui”, e teve parceiros que não queriam usar: “Dá para sentir o calorzinho. Mas quando você está com o preservativo, diminui em 80% o calor, aquela coisa corporal. Quando é sem, você sente 100% o calor corporal da outra pessoa”.

Graça utilizava no sexo oral, como uma maneira de erotizar o uso do preservativo: “A gente usa mais o de sabor, né?! Porque o normal tem o gosto, tem um gosto muito estranho. Ai pra eu fazer o oral, para mim, eu prefiro comprar mesmo”. Mas acreditava que em geral era “bom” e “mais gostoso” sem preservativo. No entanto, por “necessidade” usava “de qualquer jeito”. Ela pensava que sexo seguro era ter “confiança” no parceiro, posto que o namorado não a trairia, e realizarem o teste de HIV. Tinha se acostumado com o preservativo, embora alguns lhe incomodassem porque “esquenta demais”. Por isso, ela preferia os mais finos: “(...) parece que a gente está na pele normal”.

No entanto, Francisco usava o preservativo apenas na penetração, pois, no “(...) sexo oral é muito ruim”. E no geral achava “muito melhor” sem preservativo: “Porque tem o contato maior. Então, o tato, o tato mesmo. O sentimento, o tesão fica maior. Fica tudo mais aflorado”. Mesmo assim, para ele, sexo seguro era ter “confiança” no parceiro, não colocá-lo em risco e usar preservativo, que era um “costume”: “(...) Se eu sou acostumado a usar, a penetração não vai ser um problema. Acho que no momento que eu fizer uma vez sem camisinha, (...) vai ser (...) um descontrole (...)”.

Porém, embora a médica lhe oferecesse preservativos, Francisco não conversava sobre práticas sexuais com ela, pois não tinham vínculo: “Não tenho nenhum tipo de relação mais funda com ela. Até queria às vezes. Fico pensando, por exemplo, vou viajar agora e já pensei que vou trazer alguma coisa pra ela, só para ver se puxo algum assunto”. Talvez por isso achasse importante as rodas de conversa. Quando participamos, durante a discussão sobre uso do preservativo, outro paciente perguntou a Francisco se ele faria sexo sem preservativo e ele respondeu: “Com [preservativo] ou nada”.

Madalena utilizava o preservativo no sexo oral e no anal com os clientes e apenas no sexo anal, com o ex-namorado. Terminaram o relacionamento porque ele queria “constituir família” e ter filhos, mas, moravam juntos e tinham práticas sexuais. O que mostra como, para o ex-namorado, o fato de não estarem namorando se devia menos pela soropositividade de Madalena e mais pela transexualidade dela. Madalena confessou ser apaixonada por ele. O relacionamento de Madalena

traz à reflexão a noção adultocêntrica de constituição familiar tensionava os processos de subjetivação dela, em torno do amor romântico, como ocorria com Graça, já relataram Meyer e Félix (2014).

Ao passo que os clientes a pediam para fazer sexo sem preservativo, diziam que pagavam mais, mas ela recusava. Diversas vezes vestiu a roupa e cancelou o programa. Ela acreditava que o sexo seguro era “*prevenção das duas partes*”, isto é, além do uso do preservativo, o ato de prevenir, contar ao parceiro da sorologia. No entanto, quando questionamos se ela prevenia os clientes, ela respondeu que sim, pois usava o preservativo.

Madalena e Graça levavam preservativos na bolsa e nos perguntaram se queríamos ver. Graça chamava de “*kit*”. Para o último homem com quem saiu, no início do encontro, Graça lhe disse: “*Eu já fui falando no bar ‘Se for rolar alguma coisa, ó, o meu kit tá aqui dentro da bolsa’*”⁴¹. No entanto, o kit de Graça incluía apenas preservativos masculinos, porque não gostava do feminino, dizia que este tinha de “*segurar demais*”. A discussão sobre o uso do preservativo feminino era feita pelas assistentes sociais, que, durante as rodas de conversa, distribuíam e ensinavam como usá-lo. Filgueiras e Deslandes (1999) comentaram da importância de oferecer preservativos femininos para dar subsídios para que as mulheres negociem-no com os parceiros. No entanto, é preciso considerar que a oferta acompanhe o ensinamento do como usá-lo.

De fato, a discussão sobre o sexo oral era uma das mais recorrentes nos pedaços da Clínica. Em uma roda de conversa, Bárbara afirmou que pessoas tinham ideia de que usar o preservativo no sexo oral era como “*chupar bala com papel*” e “*comer banana com casca*”. E Bosco contou que o médico queria saber da orientação sexual dele e, depois de responder, Bosco lhe questionou sobre sexo oral, porque estava namorando: “*Ai ele falou ‘Se ela não quiser [usar preservativo], você fala que não vai’*”. Desse modo, o vínculo era importante para que os jovens “autogerirem” a sexualidade, nos termos foucaultianos. Durante observação de um grupo de recepção, do qual participou um casal sorodiscordante (ela era soropositiva e o namorado, não), o homem questionou sobre sexo oral e Antônia, a enfermeira, afirmou que as chances de ser infectado eram menores. Mas que não falava isso para “*qualquer público*”, por causa dos riscos.

Se como disse Antônia, havia risco em fazer sexo oral sem preservativo, devemos pensar que as práticas sexuais dos jovens estavam entre o prazer e o perigo. A discussão sobre prazer e perigo remete à crítica que as feministas *pró-sex* fizeram, nos anos 1980, às leituras de gênero com

⁴¹ Embora Graça pegasse o preservativo na Policlínica, dava às amigas, pois, preferia comprar de diferentes sabores. Francisco pegava quando a médica lhe dava, mas usava somente em “*emergência*” e comprava de tamanho maior. Cabe lembrar que os preservativos gratuitos têm dois tamanhos, 48 e 52 milímetros de largura, e são feitos de látex, que se ajusta ao corpo. Enquanto Cícero não “*confiava*”, comprava um que dizia ser mais forte. Madalena era única que utilizava o preservativo distribuído na rede pública de saúde. De fato, durante as rodas de conversa, pacientes de HIV/aids em geral reclamavam do sabor, textura, cor, tamanho e qualidade do preservativo gratuito. Sáez e Carrascosa (2011, p. 139) defenderam que a aids é um “fenômeno social (...) uma enfermidade social y no física”. No entanto, podemos considerar a aids também uma doença física, já que a prevenção tem expressão sobre os corpos das pessoas.

foco somente, por exemplo, na violência contra as mulheres. Elas chamaram atenção para o prazer, como na sensualidade e na excitação, que ficavam preteridas nesses estudos (VANICE, 1984).

Mais recentemente, pesquisando *sex shops*, no Brasil e nos Estados Unidos, e sadomasoquismo, no Brasil, Gregori (2010) formulou o conceito de “limites da sexualidade” para situar a tênue fronteira entre prazer e perigo. Pois,

(...) indicam um processo social bastante complexo relativo à ampliação ou restrição de normatividades sexuais. Em particular, sobre a criação de âmbitos de maior tolerância e novas normas que vão sendo impostas, bem como de situações em que aquilo que é considerado abusivo passa a ser qualificado como normal (GREGORI, 2010, p. 22).

Com base nas ideias de Gregori, podemos pensar que as práticas sexuais dos jovens estavam nos limites da prevenção e do risco. Sendo assim, a prevenção assumia contornos de “maior tolerância”, mesmo que os jovens se preocupassem com o sexo seguro. Por isso, ao fazerem sexo oral sem preservativo, os jovens passavam a fronteira do risco.

Em uma leitura do risco na contemporaneidade, a partir de uma antropologia do “fazer científico”, Neves (2008) explicou que, nas sociedades ocidentais, “(...) cabe aos indivíduos exercitarem a ritualização cotidiana de escolhas e controle dos riscos. Aos sistemas instituídos cabe denunciar os riscos e sugerir os caminhos cabíveis para a organização social e política constituída.” (ibid., p. 55). No que encontramos respaldo para pensar o cuidado dos jovens em relação às práticas sexuais e o vínculo com os profissionais de saúde na problematização dessas fronteiras.

Desse modo, mesmo que adotassem posturas preventivas, os jovens podiam em algum momento assumir o risco. Perlongher (2008) defendeu que as pessoas estão a se deslocar entre normas e linhas de fuga, a todo instante. Por isso, depois do diagnóstico, José, o paciente que conhecemos no corredor da Clínica, passou a se preocupar mais com a prevenção. No entanto, revelou que, em uma ocasião, quando fazia sexo com um rapaz que conheceu “*na rua*”, não usou o preservativo porque, no “*vuco vuco*”, “*o fogo foi maior*”. Diante da situação, com medo de que o parceiro tivesse se infectado, não disse que era soropositivo e pediu que fizessem o teste de HIV. Ele se organizou para o parceiro retirar o resultado primeiro, constando ser negativo. Cabe lembrar que existe uma “janela imunológica” para o HIV, uma fase em que exames mais comuns não conseguem identificar se o organismo está infectado. Procuramos problematizar isso com ele.

A prática sexual sem uso do preservativo de José evidencia os limites entre prevenção e risco. Quando dessa relação sexual de risco, José ficou bastante preocupado e entrou em “crise” de “consciência”. Por ter pedido ao parceiro que fizessem o teste de HIV mostra um cuidado do outro. Para Meyer e Félix (2004, p. 191), “se a vida dos/as jovens em geral é dimensionada por noções adultocêntricas de juventude, à vida dos/as *jovens+* é acrescida a necessidade de cuidar-se e assumir responsabilidades consigo e com os/as parceiros/as”.

Conforme explicou Foucault (1985), o cuidado de si é uma “prática social”, portanto, encontra suporte em instituições e nas socialibilidades, como na família e entre amigos. Dessa maneira, “Quando, no exercício do cuidado de si, faz-se apelo a um outro, o qual adivinha-se que possui a aptidão para dirigir e para aconselhar, faz-se uso de um direito (...)” (FOUCAULT, 1985, p. 58). Pensando assim, Francisco afirmou que não era “*mestre [em HIV/aids]*” porque era soropositivo. Mas, ao final da entrevista, contou que ia encontrar uma amiga que sabia da sorologia dele e que desconfiava estar grávida. Disse que havia a aconselhado sobre DSTs, como fazia com os outros amigos. Por isso, o chamavam de “*santo*”.

Ao passo que Graça queria ajudar outras pessoas “*iguais a ela*”, assim, tinha vontade de fazer enfermagem. E orientava os amigos a usar o preservativo. Dessa maneira, embora se visse jovem, saía dessa posição para analisar o comportamento de outros jovens: “*Tanto é que a juventude de agora é tudo assim, não pensam. Tem relações agora, eu fico ‘Olha, minha gente, se cuidem! Nem só a questão de ter filhos, mas questão de outras coisas também’. Eles não sabem que eu passei por esse processo*”.

3.2.1 Discursos sobre medicação e prevenção nos atendimentos da clínicas de aids: fronteiras da sexualidade e do sexo seguro

A luta pela distribuição e pelo acesso gratuitos aos medicamentos se mostrou como um dos nortes de O Grupo, como mostram os boletins produzidos por eles. Em um dos impressos, eles afirmaram essa era uma das “*razões que motivam a existência da ‘Associação’*”. Além disso, como notamos, os medicamentos unia usuários em geral em mobilizações que se estendiam para além dos limites físicos da Policlínica (O Boletim, ano II, edição especial, 27 de novembro de 2004, nº 4).

De fato, boa parte das conquistas da participação social no SUS, em relação ao HIV/aids, se deveu à distribuição e ao acesso gratuitos à medicação. No entanto, em uma de suas últimas edições, O Boletim abriu uma seção especialmente para discutir questões pertinentes aos medicamentos, posto que, segundo acreditavam, “chegou-se ao conformismo da população e ao esquecimento de muitos que trabalharam arduamente na questão.” (O Boletim, ano II, nº 2, 28 de setembro de 2004, nº 3). Ainda, nessa época, o discurso sobre a medicação não estava associado necessariamente ao discurso sobre a sexualidade, como era nos dias atuais na Clínica.

Na atualidade, um dos discursos que circulavam pelos diferentes pedaços da Clínica era sobre medicação, o que evidencia a centralidade da medicação no tratamento dos jovens. Conforme afirmou Pedro, um dos médicos infectologistas, na conversa que tivemos no consultório dele, “*A história da aids mudou com o medicamento*”. Isso explicaria em partes a “*aids de antes*” e a “*aids de agora*” (CUNHA, C. 2012). De fato, o discurso sobre medicação permeava práticas

comunicativas e de saúde nos diversos pedaços da Clínica e estava relacionado ao discurso preventista. Por isso, também vinculava os jovens à Clínica, aos profissionais de saúde.

Por causa do medicamento, os pacientes de HIV/aids buscavam se diferenciar de outras pessoas soropositivas que se infectaram antes do advento da medicação. Por isso, na Clínica, a imagem do cantor Cazuzza doente era mencionada por pacientes e profissionais de saúde para ilustrarem como seriam os soropositivos antes da medicação: *“Na época/no tempo do Cazuzza eram caquéticos e muitos tinham problemas mentais”*, disse Pedro. Em um atendimento que uma estagiária do serviço social nos convidou para participar, o paciente contou que tinha medo de ficar com o rosto *“chupado”*, depois que passou dias sem se alimentar corretamente, por estar vivendo na rua. Além disso, o cantor era convocado quando falavam de sexualidade, por que tinha uma vida sexual *“devassa”*, como disse outro paciente, em uma roda de conversa.

Enquanto que hoje, nos termos de C. Cunha (ibid., p. 73), *“A saúde aparece como uma espécie de dever, uma ética e estética que inviabiliza o aparecimento da feiura, da dor, do adoecimento e da morte”*. Por isso, logo após o diagnóstico, Graça quis dar início ao uso da medicação, porque estava perdendo o cabelo, a *“paixão”* dela, e emagrecendo⁴². Foi Graça quem lembrou que a farmácia da Policlínica havia sido reformada e, além do fim das filas, com a implantação do sistema de senhas, havia uma sala reservada para retirada da medicação: *“[Antes] os outros sabiam que você pegava (...). Agora, é uma coisa mais reservada, é por senha, você entra sozinha naquela parte da coisa, em pé, abre a bolsa, enfia logo tudo ali dentro e ninguém sabe o que está pegando”*. A lembrança de Graça também traz a luz a preocupação com a discriminação e o estigma em relação ao HIV/aids, que, embora falemos em *“aids de agora”*, persiste, mesmo em uma Clínica de referência.

Tamanha a importância da medicação, havia pacientes que mantinham vínculo com a Clínica unicamente por isso. Como Cícero, que não estava mais indo às consultas médicas: *“Aqui eu estou mais vinculado por quê? Por causa do remédio que eu não consigo compra na rede privada”*. E Cícero achava o atendimento na farmácia bom, apesar de não ter vínculo com outros setores da Policlínica.

Em aspectos gerais, com o diagnóstico, o cotidiano dos jovens tinha novos arranjos e eles precisavam, como disse Pedro ter *“disciplina”*. Com isso, podemos falar de uma *“cultura de si”* em relação ao HIV/aids. Foucault (1985) explicou que na antiguidade grega havia uma cultura de si, que dava subsídios para que as pessoas, durante todo o tempo e toda a vida, se inquietassem com os

⁴² A aids não se manifesta da mesma forma em todas as pessoas e os sintomas iniciais são na maioria das vezes pouco específicos e comuns a outras doenças. Como febre persistente, calafrios, dor de cabeça, dor de garganta, dores musculares, manchas na pele, gânglios inchados debaixo do braço, no pescoço e na virilha. Com a progressão da infecção e com o comprometimento do sistema imunológico, surgem *“doenças oportunistas”*, entre outras, a tuberculose, pneumonias, alguns tipos de câncer, a toxoplasmose e as meningites (MALTA & BASTOS, 2012).

distúrbios do corpo e da alma e lhes controlassem. O cuidado de si era da ordem prática e devia se dar por meio de ocupações, atividades e obrigações.

Como observamos, o uso da medicação exigia cuidados em relação às reações, como onde guardar os frascos, em que hora tomar, com que outra substância combinar ou não, o controle dos exames de carga viral e CD4⁴³, as implicações de não tomar e a possibilidade da medicação como prevenção. Além disso, o cuidado de si se ramificava pela vida dos jovens (OLIVEIRA *et al.*, 2012; MEYER & FÉLIX, 2014). Por isso, os jovens cuidavam da quantidade de bebida a ingerir, nas amizades que tinham, com os filhos, com os exames do jiu-jitsu, para aonde viajar, onde e com quem se informar etc. O que nos leva a pensar que, mesmo que dissessem que tinham uma “vida normal”, o uso da medicação tensionava essa ideia. Portanto, a medicação produzia modos de subjetivação sobre os jovens.

Quando começou a usar a medicação, Francisco teve tontura, parecia “*bêbado*”, e alergia na pele do corpo todo. Por isso, deixou de toma-la dois dias e, depois, precisou mudar de medicamento. Preferia tomar de manhã, ainda que, às vezes, tivesse tontura, porque à noite era difícil ter “*regularidade*”: “*(...) porque não sei que horas vou dormir, não sei se vou para um barzinho com os amigos, (...), para a ong e tudo mais (...)*”.

Bosco tomava a medicação desde criança. Até os 15 anos, antes de a mãe lhe revelar a sorologia, tinha dias que não queria tomar, e ela o obrigava. Quando conversamos, ela interrompeu a entrevista para lhe dar um remédio. E perguntamos a Bosco se ela que controlava a medicação. Ele explicou que não, que ficava na gaveta dele. Pelo impacto da revelação, ele ficou sem tomar a medicação. Mas sabia que se não tomasse a imunidade podia baixar e tinha o “*risco de pegar várias coisas*”. Além disso, Bosco se preocupava com os exames, embora tenha confessado não saber diferenciar carga viral de CD4.

C. Cunha (2011) explicou que o cuidado de si pressupunha uma “alfabetização na aids”, para manejo do vocabulário e até da linguagem. No entanto, Paiva *et al.* (2011) notaram que nem sempre os jovens se sentiam confortáveis ou estavam informados sobre prevenção sexual ou vertical do HIV. Por isso, da necessidade de apoio mais “detalhado” dos profissionais de saúde. O que endossou Ayres (2009) ao dizer que os jovens demandam informações atualizadas, sobre formas de transmissão, significado de exames, tratamentos disponíveis e reações etc.

Madalena controlava a carga viral dela. Da vez que estava alta chegou a mudar de casa porque pensava ser o ambiente que estava lhe prejudicando. Precisou trocar de medicamentos, e de três passou a tomar sete. Tomava pela noite, antes de dormir, pois acordava se sentindo “*bem*”. No

⁴³ Conforme explicou Marta, uma das médicas infectologistas da Clínica, o exame de carga viral mostra a quantidade de vírus HIV no sangue, enquanto o CD4, a de células de defesa. Em um organismo infectado, conforme o uso da medicação, essas quantias aparecem em relações inversamente proporcionais. Desse modo, quando uma pessoa usa contínuo e corretamente a medicação, a carga viral tende a diminuir, podendo ficar indetectável, e o CD4 sobe.

entanto, às vezes esquecia: *“cochilo e durmo direto”*. E ficou preocupada de usar a medicação junto com o hormônio feminino. Expedito recomendou que tomasse em horários diferentes. Madalena aplicava o hormônio em uma farmácia particular, sem acompanhamento médico. O hormônio teria lhe deixado com um corpo mais *“atraente”* e chamado atenção de sua clientela.

No dia em que a entrevistamos, Graça estava preocupada porque o médico não marcaria consulta até que os exames que fez chegassem. Mas, como atrasaram, foi buscar receita para retirar a medicação que ia acabar. Fez os exames porque a medicação não estaria abaixando a carga viral: *“(...) ele falou que não tinha alterado nada. Parecia que eu não tomava remédio. (...)”*. Mas, ela afirmou que não ficava sem tomar, porque tinha um *“medo”* de *“recair”*: *“(...) Me dei muito bem com o remédio. Só que agora eu estou com esse probleminha. (...) Ele pergunta se eu estou tomando direito, eu não deixo de tomar! Eu tenho até um despertador, minha mãe até fala. Eu mesma vou lá e tomo. (...)”*. Mesmo quando saía para beber, Graça afirmou tomar a medicação: *“Já está automático na minha mente”*.

Quando a entrevistamos, Sara também esperava chegar o exame de carga viral. Na primeira vez, deu *“tudo ótimo”*. Realizou novamente para ver se a medicação estava fazendo *“efeito”*. Apesar do *“medo”*, Sara não teve a *“famosa”* reação. Seguiu *“tudo direitinho”*, tomava à noite. Mas, às vezes, ela e Jorge saíam e esqueciam. Além disso, Jorge lembrou o dia que os pais dele ficaram hospedados na casa deles e, com receio de que perguntassem da medicação, não a tomaram durante uns dias: *“Ah, hoje, o que a gente fez, comprou uma caixinha lá que separa os remédios, para a gente saber”*.

Além do cuidado de si em relação aos variados aspectos da vida, a inter-relação do discurso sobre medicação ao da prevenção podia ajudar a compor os sentidos do sexo seguro dos jovens. Assim, eles mostravam que, mesmo que entendessem a importância de se prevenirem, conforme as práticas sexuais, os parceiros e a situação, podiam atravessar os *“limites da sexualidade”* (GREGORI, 2010), isto é, a linha tênue entre prazer e perigo.

Durante a observação de uma roda de conversa, um paciente adulto contou que, sob efeito de drogas, fez sexo sem preservativo com uma mulher. Outro paciente, jovem, homossexual e ativista da rede nacional de adolescentes e jovens vivendo com HIV e aids⁴⁴, disse que fez duas vezes sexo sem preservativo com o parceiro sorodiscordante. Então, procuraram o hospital para o parceiro fazer a Profilaxia Pós-Exposição (PEP). Ele orientou o primeiro paciente que podia fazer

⁴⁴ A rede nacional de adolescentes e jovens vivendo com HIV e aids é uma organização brasileira, sem vínculo político partidário e religioso, formada por adolescentes e jovens, de 15 a 29 anos, soropositivos. Estes atuam na inclusão social, na promoção do fortalecimento biopsicossocial e do protagonismo dos jovens, contribuindo na elaboração e implementação de respostas, ações e políticas públicas direcionadas à população <www.jovenspositivos.org.br>. No Rio de Janeiro, a principal articuladora da rede mantém contato com as assistentes sociais da Policlínica, participando e contribuindo em atividades conjuntas com a Clínica. Durante nossa observação, realizaram atividades em um hospital do Rio de Janeiro no Dia Mundial de Combate à Aids, em 1º de dezembro. Na ocasião, a articuladora convidou uma das estagiárias do serviço social a levar os jovens pacientes da Clínica para as reuniões e eventos da rede local.

um teste para usar a PEP até 72 horas depois do contato sexual.

Desde 2013, a política do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais contempla junto com o uso do preservativo a possibilidade de adoção da medicação como prevenção, pois seu uso correto e contínuo reduz a carga viral e consequentemente o risco de transmissão do HIV. Por isso, existem a Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) ao HIV, como quando em casais sorodiscordantes o parceiro soronegativo faz uso do medicamento, e a Profilaxia Pós-Exposição (PEP), feita, por exemplo, após acidentes de trabalho envolvendo profissionais de saúde. Neste caso, o tratamento é feito por 28 dias. Contudo, vale lembrar que nenhuma das tecnologias é totalmente eficaz (ABIA, 2011).

Além disso, nesse ano, a medicação como prevenção foi adotado como política, o que significou que a medicação seria prescrita para pessoas diagnosticadas com HIV em geral (BRASIL, 2014b). Antes, somente quando a pessoa infectada tinha uma quantidade crítica de CD4 ou uma quantidade elevada de carga viral é que era dado início à medicação. Sobre a medicação de HIV/aids, Biehl (2007) chamou atenção para como indústria farmacêutica tem usado o discurso ativista, da medicação como direito humano, para fundamentar uma “farmaceuticalização” da saúde pública. E Scheffer (2012) analisou a história da medicação no Brasil, mostrando como, historicamente, o chamado “coquetel” passou a ser disputa dessas empresas.

Em um Bate-papo sobre sexo, ao reconhecer as relações de poder entre profissionais de saúde e pacientes, Maria, a assistente social, afirmou que a prevenção não podia ser uma “ditadura” para o uso do preservativo, conferindo outro sentido ao sexo seguro. Com isso, propôs “formas” que diminuiriam o risco sexual, chamando atenção para a prevenção combinada:

“Nossa fala, enquanto profissional de saúde, tem poder. Por isso, é preciso tomar cuidado para não se tornar a ditadura do uso da camisinha. Mas, a gente sabe que, estatisticamente, há possibilidade de não infectar o outro. Existem formas, possibilidades de diminuir o risco de infectar o outro. Por exemplo, aderindo ao tratamento. Observando casais sorodiscordantes, pesquisadores têm procurado entender porque eles não se infectam. Tem gente que chega aqui sofrendo porque o preservativo rompeu ou porque tem uma relação sem uso do preservativo. O preservativo é importante, sim. Mas, existem outras formas para continuar a busca do prazer”.

Nessa ocasião, um paciente exemplificou que era casado havia 25 anos e que a esposa não era soropositiva. Quando tinham relação sexual ele evitava ejacular dentro dela. Essa postura era entendida como de prevenção pelo homem. O que ele atestava alegando que, todo ano, a esposa dele fazia exame e não tinha se infectado. Nesse momento, outro paciente lhe perguntou “[Sua carga viral] está indetectável?”. E o primeiro respondeu que sim.

No entanto, para Cícero, Francisco e Graça a medicação como prevenção seria “errada”, “não segura” e teria “riscos”. Cícero achava “errada”, “(...) porque eu acho que agora tem a pílula das 72 horas. Você faz sexo agora com o cara, você pode correr em uma unidade de saúde que eles

te dão o remédio. (...) *Eu acho errado porque induz você a não usar o preservativo*”.

Francisco tinha um amigo que era “*promíscuo*”, que tinha diversos parceiros sexuais, e que dizia querer tomar a medicação como forma de prevenção, porque tinha “*medo*” de se infectar. Mas, para Francisco, não seria “*tão seguro*”:

*“Acho que a conscientização tem que ser de outro lado. **Tem que ser realmente para o sexo seguro e tal.** Acho que isso vai acabar fazendo as pessoas (...) **banalizarem a camisinha.** Mas, tem outras doenças, né. Acho um problema que tão arrumando assim. Além de a pessoa vai viver como se fosse um soropositivo. Então, tipo, a pessoa vai viver como se fosse eu. Pra se prevenir, (...) **a pessoa vai viver tipo uma pessoa que é.** Então, não faz sentido”.*

Francisco disse que ao usar a medicação a pessoa viveria como ele, o que mostra que o uso do medicamento podia ser um dos definidores do sujeito “jovem vivendo com HIV e aids”. Por isso, Bosco afirmou que namoraria uma pessoa “*igual a ele*”, pois, ela “*só que tem que tomar o medicamento*”.

Graça disse ter visto sobre a PreP na TV. Mas não achava seguro porque havia risco e, se a pessoa se infectasse, teria de tomar a medicação “*para sempre*”. Também poderia fazer com que as pessoas deixassem “*de lado*” o uso do preservativo. Por isso, não deixaria de usar o preservativo: “*Eu acho que por mais baixa, fique indetectável, eu acho que sempre vai ter uma porcentagem de ter alguma coisa. Acho que pra mim é um erro*”.

Madalena concordava com a “prevenção combinada”, do uso do preservativo com a medicação. Para ela, seria “*mais um alívio*”. No entanto, não deixaria de usar o preservativo, para fazer uso da medicação como prevenção, porque “*pode ser que a outra pessoa transmita para mim*”. Mas, em uma ocasião, Madalena perguntou ao médico se, utilizando corretamente a medicação, podia fazer sexo sem preservativo. Ele explicou que não, porque havia risco e ela contou que, então, não o fez.

Sara e Jorge faziam uso da medicação como prevenção, ainda que nos tenham afirmado não saber como funcionava. Eles pensavam que sexo seguro era usar o preservativo, mas reconheceram que não usavam. No entanto, Sara acreditava fazer sexo seguro porque sabia com quem estava se relacionando, assim, confiava que o namorado não a traía, e ela usava anticoncepcional. Sara não gostava de usar preservativo, porque a machucava: “*(...) quando usamos o preservativo foi porque, um tempinho, né, que eu estava sem tomar remédio [anticoncepcional]. (...) Ai agora que eu estou tomando, (...) eu não uso mais nada*”.

O médico, com quem tinham uma boa relação, lhes recomendava o preservativo toda a consulta e explicava sobre a reinfecção, contou Jorge: “*Ai ele, ‘Você tem que usar, porque às vezes o remédio tá fazendo efeito em você, mas nele não e vice versa’*”. Jorge era preocupado por não

utilizarem preservativo, comprava “*bastante*” e não se incomodava em usar. Mas, fazia a “*vontade*” dela.

Desse modo, o risco para Sara e Jorge estava mais em terem um filho que na reinfecção. Essa era a razão de questionarem o médico se poderiam ter filho, que era um sonho de Sara. Paiva *et al.* (2011) notaram a vontade dos entrevistados de terem filhos. No caso de Sara e Jorge, o médico lhes dizia para falar com ele se ela quisesse engravidar. O posicionamento do médico revela um cuidado e um controle sobre a sexualidade do casal. Demonstrando como se constituiu o dispositivo da sexualidade a partir da medicina, Foucault (1988, p. 141) disse que ela

(...) penetrou com grande aparato nos prazeres do casal: inventou toda uma patologia orgânica, funcional ou mental, originada nas práticas sexuais “incompletas”; classificou com desvelo todas as formas de prazeres anexos; integrou-os ao “desenvolvimento” e às “perturbações” do instinto; empreendeu a gestão de todos eles.

No entanto, ao se posicionarem pelo não uso do preservativo mediante o uso da medicação, assumindo o risco, podia ser uma forma de Sara e Jorge “habitarem a norma”, nos termos de Mahmood (2005). Em etnografia com mulheres muçulmanas ela mostrou a agência delas sobre preceitos religiosos e familiares, e os arranjos que faziam às normas. Nesse sentido, nem sempre a agência era resistência, rompimento. Em que pesem as diferenças de abordagem teórica, a ideia de Mahmood ajuda pensar sobre as práticas sexuais sem uso do preservativo pelos jovens em tratamento. Afinal, Sara e Jorge encontravam, em alguma medida, respaldo em uma política adotada pelo próprio Ministério da Saúde. Além disso, as práticas sexuais de Sara e Jorge podem ser entendidas como “prazeres perigosos” (GREGORI, 2012), as quais estavam em uma linha tênue entre prazer e perigo.

3.2.2 “Desejo não dá em poste”: discursos sobre erotismo, prazer e desejo na comunicação entre profissionais e jovens

“É o portador do HIV no final da relação, que após o suspiro do gozo se vê com a camisinha rasgada, rompida na mão, num silêncio das duas partes dizendo não, não, não! É o desejo dizendo sim e os fatos dizendo não.” (O Boletim Ano I, nº 2, 20 de outubro de 1998, p. 8).

Desde as primeiras publicações de O Boletim por O Grupo, o discurso sobre desejo estava enunciado. Na segunda edição, como mostra o trecho acima, os pacientes trouxeram um texto anônimo, intitulado “Um fato que me disse Não”, problematizando o risco de infecção, mesmo com o uso do preservativo. Logo abaixo, o diretor de comunicação de O Boletim convocou o discurso religioso para responder ao texto com uma questão: “Está a Humanidade confinada à castidade?” (O Boletim Ano I, nº 2, 20 de outubro de 1998, p. 8).

Mais recentemente, no pedaço da Clínica, o discurso sobre desejo circulava pelas rodas de conversa e estava associado ao erotismo e ao prazer. Mas, sem se descolar do discurso preventista. Porque, como afirmou Bárbara, a assistente social, era preciso buscar *“Alternativas de se buscar prazer, sem que se torne risco. Ai a camisinha entra na sua relação não como culpa, mas como erotismo e prazer”*. De fato, Bárbara era o sujeito dos enunciados com discursos sobre desejo, prazer e erotismo. Quando o serviço social mudou de sala, encontramos um cartaz com a temática DST/aids e prazer e ela pediu que o fixasse na parede ao lado da mesa dela, pois, disse *“Trabalho com prazer”*.

Com frequência, durante as rodas de conversa, o erotismo e o prazer nas práticas sexuais eram trabalhados pelas assistentes sociais. Da vez que participou da roda de conversa, Graça destacou a abordagem: *“O último que eu participei foi sobre práticas de sexo, sexo oral, sexo anal, chuva de prata, e ensinou bastante. (...) Banho de ouro, o pessoal não sabia. Era passar urina no parceiro e todo mundo 'Eca, que louco'. (...)”*⁴⁵.

Com retórica e postura que lembrava as sexólogas, Bárbara também ensinava os pacientes de HIV/aids como deviam colocar o preservativo masculino e o feminino, abria um, deixava que tocassem e, por fim, distribuía preservativos para que levassem. Em uma roda de conversa, Bárbara perguntou *“Posso abrir com a boca?”*, e logo respondeu *“Não. Dá um talhinho, faz um rasguinho”*. Algumas vezes, explicava com auxílio de uma prótese, em outras, convidava para que os próprios pacientes de HIV/aids colocassem o preservativo na prótese. Filgueiras e Deslandes (1999) reconheceram a importância de demonstrar como colocar o preservativo.

Mas o diferencial era que estimulava para que o adotassem não como um *“corpo estranho na transa”*, mas como algo que *“também”* podia conferir prazer. Essa pedagogia pode ser entendida como um *“erotismo politicamente correto”* (GREGORI, 2010). Afinal, o objetivo da assistente social era conscientizar e educar os pacientes:

“Assim como se passa perfume, se coloca uma calcinha ou cueca diferente, a camisinha não deve ser um corpo estranho no sexo (...) mas um objeto de prazer. (...) também pode existir prazer (...). [A camisinha] deve ser erotizada com a mão, com a boca (...) [por que] a boca é quente. [Assim], você não tem que colocar a camisinha enquanto o parceiro olha para o teto ‘Olha tem uma sujeirinha ali!’, vocês têm que colocar juntos”.

Bárbara tinha uma fala recorrente, durante as rodas de conversa: *“Desejo não dá em poste”*. Contava a experiência pessoal: casada, fez um *“contrato de confiança”* com o marido para não usarem o preservativo nas práticas sexuais. A condição era de que, se algum deles tivesse uma relação sexual fora do casamento, devia usar o preservativo. Dito de outro modo, para a assistente

⁴⁵ A chuva de prata é troca de fluídos corporais, como suor, cuspe, esperma e gozo feminino, durante o ato sexual. Ao passo que o banho de ouro ocorre quando um parceiro urina sobre o outro (COMFORT, 1987).

social, o desejo não se manifestava no poste da rua, mas em pessoas, então, era preciso prevenir.

Ainda que seja preciso reconhecer que Bárbara tentava mudar a ideia de que fazer sexo com preservativo não podia ser prazeroso, em sua fala se nota uma prática sexual sem a adoção do mesmo mediante um contrato, bem como a liberdade sexual entre o casal e a confiança no parceiro, o que em relação à aids é algo importante a se considerar. Afinal, a maior parte das pessoas com quem conversamos e que ouvimos, incluindo Francisco e Graça, disseram ter se infectado por que confiaram em seus parceiros. Além disso, mesmo que trabalhasse o desejo do ponto de vista do erotismo e do prazer, ele era revestido pelo discurso preventista.

Ao colocar sua experiência, dava centralidade ao desejo heterossexual, normatizando outras orientações e práticas sexuais. C. Cunha (2012) notou que, ao trazer sua experiência homossexual para uma discussão em grupo, um jovem tensionou os discursos pedagógico e preventista pelos quais a oficina era conduzida pelos profissionais de saúde. Analisando o contexto espanhol, Sáez e Carrascosa (2011) pontuaram a necessidade que políticas preventistas engajadas na luta contra a homofobia, as desigualdades de gênero e étnicas, substituam as campanhas conservadoras e ocasionais, o que podemos pensar no âmbito das práticas comunicativas e de saúde.

A assistente social tinha uma ideia do desejo como uma força que podia levar ao ato, se houvesse atração, mesmo que fosse casada. Por isso, com frequência, Bárbara mostrava a aliança no próprio dedo para relativizar a confiança que ela e os pacientes de HIV/aids diziam ter nos parceiros sexuais: *“Isto aqui não quer dizer nada!”*.

Foucault (1984), investigando o pensamento grego clássico, explicou que os filósofos entendiam que o desejo, ou *epithumia*, estava associado ao prazer e aos *afrodisia*. Estes eram “os atos de Afrodite”, isto é, “atos, gestos, contatos, que proporcionam uma certa forma de prazer”. Assim, “a atração exercida pelo prazer e a força do desejo que tende para ele constituem uma unidade sólida com o próprio ato dos *afrodisia*” (ibid., p. 53-55). Ou seja, o desejo, visto enquanto uma força, não estava dissociado da atração e do ato:

A questão ética colocada não é: quais desejos? Quais atos? Quais prazeres? Mas: *com que força se é levado “pelos prazeres e desejos?”*(...) *É essa relação dinâmica que constitui o que se poderia chamar o grão da experiência ética dos afrodisia* (FOUCAULT, 1984, p. 55-57) [grifo nosso].

Conforme ponderou Deleuze (2005, p. 112-113), os gregos viviam em um momento histórico e contextual específico. Mesmo assim, convocou à reflexão:

Se é verdade que o poder investe cada vez mais nossa vida cotidiana, nossa interioridade e individualidade, se ele se faz individualizante, se é verdade que o próprio saber é cada vez mais individualizado, formando hermenêuticas e codificações do sujeito desejante, o que é que sobra para nossa subjetividade? Nunca “sobra” nada para o sujeito, pois, a cada vez, ele está por se fazer, como um foco de resistência, segundo a orientação das dobras que subjetivam o saber e recurvam o poder. A subjetividade moderna

reencontraria o corpo e seus prazeres, contra um desejo tão submetido à Lei? (DELEUZE, 2005, p. 112-113).

Mediante a norma do sexo seguro, do contrato de confiança ou da aliança, as questões de Foucault e de Deleuze ajudam pensar com que força os jovens, enquanto sujeitos desejan-tes, eram levados pelos desejos. Como afirmaram Paiva *et al.* (2011), a sexualidade dos jovens vivendo com HIV e aids conclama a abordagens não restritas à proteção contra os perigos da vida sexual. Mas, num diálogo com profissionais de saúde e cuidadores em que os jovens sejam protagonistas de seus direitos sexuais. Desse modo, pensar o desejo dos jovens seria problematizar a sexualidade deles e o próprio discurso preventista.

Buscamos compreender os sentidos do desejo demonstrando-os a partir das práticas sexuais dos jovens e perguntando a eles o que entendiam como tal. A concepção que tinham não se distanciava da de Bárbara e do referencial foucaultiano, era uma “vontade” ou uma representação daquilo que daria prazer, e que levaria ao ato propriamente dito. No entanto, para os jovens, o desejo tinha o sentido do senso comum, de desejo por algo material ou simbólico (MASCARENHAS, 2012). Essa última maneira de desejar ajuda a pensar nas subjetividades dos jovens, mas também no cuidado de si, posto que uma das características desse cuidado é o “gozo sem desejo” (FOUCAULT, 1985), ou seja, o desvio do desejo externo, no corpo de outra pessoa, para a autossatisfação.

O desenvolvimento da cultura de si não produziu seu efeito no reforço daquilo que pode barrar o desejo, mas em certas modificações que dizem respeito aos elementos constitutivos da subjetividade moral. Ruptura com a ética tradicional do domínio de si? É claro que não, mas deslocamento, desvio e diferença de acentuação. (...) *Soberania do indivíduo sobre si mesmo*. Mas essa soberania amplia-se numa experiência onde a relação consigo assume a forma, não somente de uma dominação mas de um gozo sem desejo e sem perturbação (FOUCAULT, 1985, p. 72) [grifo nosso].

Para Cícero, o desejo era algo que se quer, seja sexual, material ou simbólico, e que o dinheiro não compra: “*Por exemplo, desejo ter um carro. É o meu desejo. Se eu vou conseguir comprar o carro, não sei*”. A classe social e econômica dele lhe tensionava o desejo, de modo que disse que se relacionaria somente com pessoas da mesma ou de condição superior: “*(...) eu não quero ninguém dentro da minha casa, morando comigo, usando meu carro*”. Mas, para ele, não seria importante discutir desejo em relação ao HIV/aids, porque a prevenção deveria ser o foco.

Do mesmo modo, Francisco entendia o desejo pelo sexual, material e simbólico. Pois, ele tinha o desejo de viajar, conhecer outros países. Ainda, para ele, o desejo levaria ao “*prazer*”:

“(...) por exemplo, eu desejo conhecer o mundo inteiro (...). E a mesma coisa com a pessoa assim. Se é uma pessoa que te atrai, no sexo e fisicamente também. (...) Desejo é tudo que você quer, você tem que meio que correr atrás pra conseguir. E te dá prazer depois”.

O pensamento de Francisco se divide em dois momentos em relação ao diagnóstico, o que evidencia como o HIV era um tensor do desejo. Antes do diagnóstico, quando não usava o preservativo, era “*melhor*”, o prazer seria potencializado e o desejo estaria “*mais*” satisfeito. Mas, o HIV fez com que as pessoas precisassem se “adaptar” ao uso do preservativo. Isso, para Francisco, não teria diminuído a “*saciedade*” do desejo, mas lhe interditado:

*“(…) É querer fazer sexo, sentir **vontade** de sexo, sentir atração por alguém, você sempre sente. (...) demanda uma prática pra satisfazer o desejo, sim. Você não vai conseguir saciar o seu desejo só imaginando. Você tem que ter a prática, tem que ter o tato, o físico. Não só o mental. (...) **Realmente, sem camisinha é melhor, aumenta o prazer, satisfaz mais o desejo, talvez, na época. Mas acho que o ser humano sempre se adapta às coisas. E realmente, eu não vejo a possibilidade de fazer sexo sem camisinha. Eu não vejo a saciedade do meu desejo menor por isso. Acho que o ser humano se adapta a querer o seu próprio nível de desejo**”.*

De modo que essa visão se difere da ideia levantada por Oliveira *et al.* (2012), de que o desejo dos jovens diminui após o diagnóstico, devido a depressão, baixa autoestima e aos efeitos da medicação. Mesmo assim, como observamos, havia uma distinção entre antes e depois do diagnóstico, manifesta nas práticas sexuais. Por isso, ao falar de desejo, Graça lembrou do ex-namorado e das “*loucuras*” que faziam. Talvez, porque disse não ter preocupação com uso do preservativo nessa época. Mas, a norma lhe chamava para ter “*um companheiro*” que a ajudasse a “*cuidar dos filhos*”. Além disso, o contrário dos outros, Graça achava importante discutir sobre desejo, especialmente com os jovens, que, em relação aos adultos, se cuidariam menos. Porém, seu discurso sobre desejo estava ligado ao discurso preventista, como dos demais: “*Tem várias baladas eu vi vários homens já com preservativo. Eu acho que o homem de certa idade está se cuidando mais do que os jovens de agora*”.

Desse modo, para Cícero, Francisco e Graça o desejo estava sujeito à norma. Isto é, estaria interditado, nos termos foucaultianos, ao dispositivo da sexualidade, expresso no discurso preventista. Mesmo assim, tinham “vontades”, como comprar um carro, viajar e ter uma relação estável com um parceiro que ajudasse a cuidar dos filhos. Isso traz a luz o deslocamento do prazer externo para a autossatisfação.

No entanto, Sara via o desejo como a “*vontade de fazer algo transgressor*” e “*arriscado*”: “*Quando você quer muito, você vai lá e faz independente do que for acontecer depois*”. Quando a questionamos se isso ocorria com o namorado, ela disse que sim. Mas que tinha “*consciência*” que se “transgredisse” com outras pessoas podia infectá-las: “*(…) no suíngue, eu parei de fazer com outras pessoas para tirar a camisinha e transar com ele*”.

Aparentemente, o sentido do desejo de Sara seria diferente dos outros, sendo assim, ela veria o desejo transgressor à norma. Contudo, o desejo era tensionado não somente pela norma, mas pelo

HIV. Por isso, no suingue agenciava o desejo, de “transgredir”, tirando o preservativo para fazer sexo com Jorge. Por pensar assim, ela não achava importante discutir sobre desejo com outras pessoas que não fossem os profissionais de saúde.

O desejo também era “vontade” sexual ou material para Jorge. Em relação ao uso do preservativo, afirmou que não se incomodava de usá-lo. Mas, dizia fazer a “vontade” de Sara em não utilizar, embora, como notamos neste enunciado, essa fosse a vontade dele:

“Sem contar que sem camisinha é mais gostoso, né. Está sem nada, né. Mas, para mim, tanto faz. Porque você sente mais, tem contato maior. Na camisinha você não sente tanto, mas, pra mim, é quase a mesma coisa. A estimulação diminui um pouco com a camisinha. Mesmo usando a mais fina. Eu prefiro não usar, né”.

Finalmente, para Madalena, o desejo estava ligado às fantasias e às representações de gênero e masculinidade. Por isso, ela exemplificou o que entendia por desejo contando de como gostou de um programa que fez com um policial fardado. Além disso, não gostava quando os clientes pediam para que ela levasse roupas femininas e peruca para vestirem, pois, não se sentia estimulada. Perlongher (2008) havia notado que a representação da masculinidade, além de faixa etária e raça/etnia, tensionava o desejo de clientes na escolha dos michês na capital paulista dos anos 1980. Em nosso caso, era Madalena quem fazia essas distinções.

Ainda, é preciso lembrar que Madalena contou sentir “prazer” no que fazia, mesmo que falasse com receio da profissão, que era diferente da do ex-namorado, por não ter carteira assinada, como justificou. Ia diariamente fazer programas no centro da cidade. Portanto, como Sara, Madalena tinha um desejo deslocado das normas, expresso na profissão na qual sentia prazer. Mesmo assim, afirmou que sairia da prostituição por amor ao ex-namorado, que terminou o relacionamento. Mas continuavam tendo relações sexuais.

Portanto, é preciso reconhecer que eles agenciavam o desejo de diversas maneiras. Por isso, Francisco afirmou que o que mudou foi a forma como passou a lidar com ele a partir da soropositividade, isto é, nos agenciamentos que fazia. Em entrevista concedida à jornalista francesa Claire Parnet, Gilles Deleuze explicando o que Félix Guattari e ele entendiam por desejo, afirmou que “desejar é construir um agenciamento” e que “o desejo é agência” (BOUTANG, 2004 [1988]). Guattari compreendia o agenciamento como uma “noção ampla” que “comporta componentes heterogêneos”, tais como de ordem social, política, imaginária e biológica. (GUATTARI & ROLNIK, 2011, p. 381). O que ajuda a pensar na temática do HIV/aids.

Um modo de agenciamento frequente era pela masturbação durante a fase ou momento em que ficavam em abstinência sexual, ou porque não tinham experiências sexuais. Logo quando soube o diagnóstico, Francisco passou por um período em que não tinha relações sexuais, apenas se masturbava: “(...) é um tipo de, como é que vou dizer, descarregar ali, uma questão **fisiológica**

também”. Cícero se masturbava porque queria se dedicar ao trabalho e aos estudos: “*Só que também se eu fico com muita vontade, foi uma escolha minha, eu escolhi me privar de algumas coisas pra mais na frente eu colher algo melhor*”. Desse modo, podemos compreender o agenciamento na masturbação como a autossatisfação ligada ao cuidado de si.

Diferente deles, Bosco não teve experiências sexuais, por isso, se masturbava com mais frequência e atribuía a isso por ser “*homem*”. Mas, Graça e Sara se masturbavam ocasionalmente. Gagnon (2006) considerou que as noções de práticas sexuais podem ser aprendidas pela pornografia, como fazia Bosco. No entanto, a busca pela pornografia se mostrava, no caso de Cícero, Francisco e outros pacientes de HIV/aids com quem conversamos, também como um meio para o agenciamento.

Outro modo de agenciamento que notamos durante a observação, era que alguns pacientes de HIV/aids buscavam se relacionar apenas com pessoas soropositivas, o que Graça não concordava, porque, para ela, seria preciso se cuidar em ambas as relações. Parte deles procuravam por relacionamentos na própria Clínica. Como um paciente de 37 anos, negro, homossexual, policial militar, com ensino médio, que contou ter criado uma “*barreira*” e não conseguia se relacionar com pessoas soronegativas, pois tinha “*medo*” de o preservativo estourar. Por isso, quando o conhecemos, ele pediu que mediássemos a conversa dele com um jovem, também paciente da Clínica, que se interessou quando o viu na sala de espera. Ele também procurava parceiros no Radar HIV, um site de relacionamentos para soropositivos. Sobre redes de relacionamentos de/para soropositivos, Giacomini (2011) demonstrou como comunidades virtuais da internet são espaços de sociabilidades, ajuda mútua para o tratamento, cuidado de si e prevenção.

Para concluir, retomemos a agência das práticas sexuais de Sara, que no suíngue deixava de fazer sexo com o parceiro ocasional para não usar preservativo com Jorge. Pois, ela evidencia como o sujeito “*jovem vivendo com HIV e aids*” se constituía, no limiar da idade e das funções que exercia ou buscava exercer, entre prazeres e perigos. Com efeito, ainda que pensassem do dispositivo de poder se liberar, viviam sob uma soberania não de si, como disse Foucault (1985), mas das normas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Uma questão de comunicação que se colocou desde os precursores das ciências sociais foi a progressiva mudança nos vínculos que as pessoas estabeleciam. Desse modo, como chamaram a atenção sociólogos e antropólogos, as relações tendiam a ser mais formais e ocasionais, e menos circunscritas ao ambiente familiar e religioso. No entanto, neste trabalho, no contexto de uma metrópole como é o Rio de Janeiro, observamos que nas sociabilidades de jovens vivendo com HIV e aids e profissionais de saúde práticas comunicativas tensionavam essa ideia.

No pedaço da Clínica de aids, em uma Policlínica que integra a rede pública de saúde do Rio de Janeiro onde o jovens realizavam o tratamento, notamos como o vínculo não era uma força conservadora das antigas relações sociais. Mas uma comunicação ancorada em práticas de acolhimento, humanização, participação social, cuidado, escuta ativa e afeto dos profissionais de saúde com os jovens. Desse modo, mais que um processo interativo banal, o vínculo eram práticas, relações intersubjetivas e existenciais.

Tal qual o entendiam os sociólogos e antropólogos, o vínculo pressupunha a delimitação de um espaço e grupo em que ocorresse. Em nosso caso, isso acontecia nos diferentes pedaços da Clínica, como grupos de recepção, consultas médicas e rodas de conversa. Porém, o vínculo podia estar presente também nos diversos pertencimentos dos jovens aos grupos de amizade, à igreja, à família e aos relacionamentos. Ainda que houvesse mais dificuldade de vinculação, devido à dificuldade de conversar, por exemplo, sobre a sorologia e a sexualidade.

Por isso, mesmo que os jovens tivessem concepções adultocêntricas da juventude, projetando suas vidas no que se esperava deles, em termos de família, trabalho, estudos e relacionamentos, tinham dificuldades de conversar sobre o viver com HIV, sexualidade e práticas sexuais. Assim, o vínculo com os profissionais de saúde era estratégico, contribuindo na definição dos projetos de vida dos jovens e no enfrentamento do HIV/aids. Contudo, é preciso considerar que na Clínica não havia um projeto direcionado aos jovens, apesar do aumento no número de casos de infecção nessa população e da chegada regular de novos usuários jovens à Clínica.

As lentes de diferentes campos do conhecimento ajudaram na tentativa de uma compreensão interdisciplinar do vínculo. Isso contribuiu para perceber a riqueza com que devemos enxergar as sociabilidades contemporâneas, contextual e situacionalmente, bem como em suas intersubjetividades. Desse modo, no serviço público de saúde, esse vínculo pode assumir a função de uma comunicação implicada, não apenas em transmitir informações sobre prevenção, mas em conversar acerca de aspectos em geral da vida dos jovens.

Por apostarem no vínculo, a Clínica tinha se tornado e continuava referência na rede pública de saúde do Rio de Janeiro e na atenção em HIV/aids. Por isso, a construção histórica e atual dessa categoria nessa Clínica, além de registrar a memória institucional, pode ser útil para pensar outras realidades. E ajudar na construção de práticas de saúde humanizadas e na participação dos usuários na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). No entanto, cabe lembrar que cada categoria trabalhada pelos profissionais na correlação com o vínculo, como o afeto, mereceria um estudo mais detalhado.

Como pudemos observar, o vínculo também tinha função estratégica na normatização da sexualidade e das práticas sexuais dos jovens, estando integrado à rede do dispositivo da sexualidade, nos termos foucaultianos. Analisando práticas comunicativas e de saúde de profissionais com jovens, percebemos que, pelo vínculo, aqueles primeiros faziam os jovens falar, questionavam, orientavam e informavam sobre sexualidade e práticas sexuais. Isso evidenciou como o vínculo muitas vezes era construído de forma setorizada e, sendo assim, havia recorrência de alguns discursos de acordo com o pedaço. Por isso, ainda que os discursos preventista e da medicação circulassem pelos grupos de recepção com a enfermeira, consultórios médicos e rodas de conversa com as assistentes sociais, o discurso sobre desejo era presente somente nas rodas.

Pelo discurso preventista, se expressava o cuidado de si, como no conceito foucaultiano, que era incitado a partir do vínculo entre profissionais de saúde e seus pacientes. Desse modo, os jovens eram direcionados a cuidados desde o uso do preservativo, a separação dos medicamentos em potinhos, os horários que deveriam tomar até na busca de informação sobre o HIV/aids e na pedagogia de familiares e amigos.

Nesse sentido, integrado ao dispositivo da sexualidade, o cuidado de si intervinha sobre o desejo dos jovens, levando-os a deslocarem o prazer externo para a autossatisfação, encontrada nos estudos e no trabalho, em viagens, no cuidado dos filhos, ou mesmo na masturbação. Isso mostra a influência do discurso preventista na vida desses jovens e os modos de subjetivação que lhes fazia “jovens vivendo com HIV e aids”. Como afirmou Francisco, um dos jovens entrevistados: *“o ser humano se adapta a querer o seu próprio nível de desejo”*.

Mas o vínculo não pressupunha uma transmissão mecânica de informações. Nas entrevistas com jovens, observamos a regularidade e a raridade desses discursos sobre sexualidade e práticas sexuais e como eles as ressignificavam apesar do cuidado de si. Por isso, embora os jovens tivessem conhecimento sobre o sexo seguro, o uso do preservativo variava conforme a prática sexual (sexo oral, vaginal e anal) e o parceiro sexual. O que demonstra a necessidade de problematização dessas ressignificações, isto é, dos limites da sexualidade, que pode ser feita por profissionais. Por isso, ainda que o vínculo apresentasse potencialidades, tinha fragilidades no que tange a tematização das fronteiras entre prazer e perigo.

Embora acreditemos que a definição da amostragem não tenha prejudicado o desenvolvimento deste trabalho, a inclusão de outros participantes poderia ter conduzido a novas análises. De fato, gostaríamos que tivessem feito parte desta pesquisa um casal sorodiscordante, embora os jovens entrevistados vivessem relações sorodiscordantes, e um jovem usuário de drogas, principalmente em tempos em que parece imprescindível a investigação de práticas sexuais de usuários de crack, população que cresce nos centros urbanos do país. Mas, acreditamos que o tempo dedicado à observação participante, ao levantamento e o processo de amostragem limitaram o tempo para realização das entrevistas.

Contudo, pela força do desejo dos jovens entrevistados, podemos dialogar com práticas e políticas de saúde. No âmbito do serviço público de saúde, os 30 anos de luta contra a aids na Clínica mostraram a importância de abordagens mais humanas com o foco nas realidades objetivas e subjetivas das pessoas vivendo com HIV e aids. Essa preocupação deve se dar no plano das sociabilidades entre elas e profissionais, bem como na família, na escola e na igreja, algumas instituições lembradas pelos jovens. No âmbito governamental, as políticas de saúde devem estar a par dos desejos dessas pessoas. Uma sugestão de ação vem da própria Clínica: o investimento em discursos sobre erotismo e prazer que, mesmo que revestindo o discurso preventista, em alguma medida, deslocam a sexualidade do cerne preventista e abordam outras dimensões.

Neste estudo reconhecemos os limites da problematização teórica e metodológica do desejo. Mesmo assim, por meio do que apreendemos sobre ele, chamamos atenção para que as campanhas conservadoras e ocasionais, bem como as práticas comunicativas e de saúde, em relação ao HIV/aids, sejam substituídas pelas que considerem marcadores sociais, por exemplo, de identidade sexual, na abordagem necessária de políticas preventistas engajadas na luta contra a homofobia, mas também das desigualdades de gênero e de etnia.

Devemos reconhecer a imanência do desejo ao sujeito, sendo, portanto, dimensão substancial das relações sociais. Isso permite que entendamos que os discursos que compõem a sexualidade e as práticas sexuais não estão restritos às pessoas vivendo com HIV e aids. Sendo assim, Bárbara, a assistente social, era precisa quando afirmava aos pacientes de HIV/aids que *“Desejo não dá em poste”*. Pela necessidade de discussão desse e de outros temas que competem a todos nós, talvez continuemos, eu e acredito que ela também, acreditando em sentidos de vida que, mesmo sendo diversos, criam, fortalecem e consolidam o que temos todos de primordial: nossos vínculos.

BIBLIOGRAFIA

ABIA, Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS. *Prevenção Combinada: barreiras ao HIV*. Rio de Janeiro: ABIA; GIV, 2011.

ABRAMOVAY, Miriam ; CASTRO, Mary Garcia ; SILVA, Lorena Bernadete da. *Juventude e Sexualidade*. Brasília: Unesco Brasil, 2004.

AGIER, Michel. O humanitário como terreno de pesquisa (entrevista concedida a Susana Durão). *Revista Sociologia, problemas e práticas*, Lisboa, n. 50, p. 133-150, 2006.

AMATO NETO, Vicente (org.). *Aids na prática médica*. São Paulo: Sarvier, 1996.

ARAÚJO, Inesita Soares de. *A Reversão do Olhar: prática discursiva e produção dos sentidos na intervenção social*. São Leopoldo: Editora Unisinos, 2000.

___; CARDOSO, Janine Miranda. *Comunicação e Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

___; OLIVEIRA, Valdir Castro. Comunicação e Mediações em Saúde: um olhar a partir do Programa de Pós-Graduação em Informação e Comunicação em Saúde (ICICT/Fiocruz). *RECHIS – Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 1-17, set. 2012.

ATKINSON, Paul. HAMMERSLEY, Martyn. Ethnography and Participant Observation. In: DENZIN, Norman K. LINCOLN, Yvonna S. (editores). *Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks: Sage Publications, 1994, p. 248-261.

AUGÉ, Marc. *Não-Lugares*. Introdução a uma Antropologia da Sobremodernidade. Tradução Miguel Serras Pereira. Lisboa: 90 Graus Editora, 2005.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. *Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC: UERJ/IMS: ABRASCO, 2009.

BASTOS, Cristiana. *Global Responses to AIDS*. Science in Emergency. Bloomington and Indianapolis: Indiana University Press, 1999.

BASTOS, Francisco Inácio. *Aids na Terceira Década*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

BIEHL, João. Antropologia no Campo da Saúde Global. *Revista Horizontes Antropológicos*, Porto Alegre, v. 17, n. 35, p. 257-296, jan./jun. 2011.

___ . Pharmaceuticalization: AIDS Treatment and Global Health Politics. *Anthropological Quarterly*, v. 80, n. 4, p. 1083-1126, 2007.

BONET, Octavio. *Saber e sentir: uma etnografia da aprendizagem da biomedicina*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.

BOUTANG, Pierre-André. “Desejo”. In: “L’Abécédaire de Gilles Deleuze”. Disponível em: <<http://www.youtube.com/watch?v=7tG4fceymmY>>. França, Éditions Montparnasse, (2004 [1988]).

BRASIL, Casa Civil do. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 8.080. Brasília: 1990. Lei Orgânica da Saúde. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>>. Acesso em: 17/07/2013.

BRASIL, Ministério da Saúde do. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução, nº 196, de acordo com a Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 e a Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Brasília. Versão 2012a.

____. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Boletim Epidemiológico Aids DST*, Versão Preliminar, Ano IX, nº 1, Brasília: junho de 2012b.

____. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Boletim Epidemiológico HIV Aids*, Ano II, nº 1, Brasília: dezembro de 2013a.

____. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Boletim HIV Aids*. Ano III, n. 1. Brasília: 2014a.

____. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *História da Aids*. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pagina/historia-da-aids>>. Acesso em 27/06/2014b.

____. HumanizaSUS. Disponível em: < <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sas/humanizasus>>. Acesso em 16/01/2014c.

____. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. *Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde*. 2ª edição. 2ª reimpressão. Brasília: editora do Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_portugues_montado.pdf>. Acesso em: 27/06/2013, 17h32.

BUTLER, Judith. *Cuerpos que importan*. Buenos Aires: Paidós, 2002.

CANESQUI, Ana Maria. Ciências Sociais e Humanas: interdisciplinaridade no campo da saúde coletiva. In. HORTALE, Virginia Alonso et al. (org.). *Pesquisa em saúde coletiva: fronteiras, objetos e métodos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010, p. 57-84.

CÁRDENAS, Claudia Mercedes Mora. *Aconselhamento no âmbito dos Centros de Testagem do Estado do Rio de Janeiro: Uma análise das práticas e saberes na prevenção das DST/Aids*. 2014. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2014.

CARDOSO, Janine Miranda. Textos que desafiam. In: *Comunicação, saúde e discurso preventivo: reflexões a partir de uma leitura das campanhas nacionais de Aids veiculadas pela TV (1987-1999)*. Dissertação em Comunicação e Cultura - Escola de Comunicação, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro-RJ, 2001.

CASTRO, Edgardo. *El vocabulario de Michel Foucault*. Buenos Aires: Prometeo, 2004.

CISTERNA, Egle. “Autoteste de HIV em farmácia é para 2015”. *A Tribuna*. Santos-SP, 9 de novembro de 2014. Cidades, Entrevista com Fábio Mesquita, Diretor do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, p. A-11.

COMFORT, Alex. *Os Prazeres do Sexo*. Tradução Therezinha Monteiro Deutsch e Maria Isabel

Levit de Kaufmann. São Paulo: Editora Nova Cultural, 1987.

CORBISIER, Roland (org.). Hegel. Textos escolhidos. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira, 1991.

COSTA, Marco Antonio F. Da Costa; COSTA, Maria de Fátima Barrozo da. *Projeto de Pesquisa: entenda e faça*. 4a ed. rev. e atualizada. Petrópolis: Vozes, 2013.

CUNHA, Claudia Carneiro da. Entre tramas e dramas: os significados do tratamento para mulheres de camadas populares vivendo com HIV/Aids. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 931-951, 2010.

_____. “*Jovens Vivendo*” com HIV/aids: (Con)formação de sujeitos em meio a um embaraço. 2011. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Museu Nacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

_____. Os muitos reveses de uma “sexualidade soropositiva”: o caso dos jovens vivendo com HIV/AIDS. *Sexualidade, Salud y Sociedad – Revista Latinoamericana*, n. 10, abr. 2012.

CUNHA, Olívia Maria Gomes da. Tempo Imperfeito: uma etnografia do arquivo. *Revista Mana*, v. 10, n. 2, p. 287-322, 2004.

DELEUZE, Gilles. Desejo e Prazer. Apresentação François Ewald. Tradução Luiz B. L. Orlandi. Tradução da Apresentação Peter Pál Pelbart. *Cadernos de Subjetividade*, Núcleo de Estudos e Pesquisas da Subjetividade. Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica da PUC-SP, junho de 1996, p. 13-25.

_____. *Foucault*. Tradução Claudia Sant’Anna Martins, revisão da tradução Renato Ribeiro. São Paulo: Brasiliense, 2005.

SCOREL, Sarah. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à Reforma Sanitária. In: GIOVANELLA, Lígia (orgs.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. 2ª ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012, p. 323-364.

_____; NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; EDLER, Flavio Coelho. As Origens da Reforma Sanitária e do SUS. In: LIMA, Nísia Trindade *et al.* (orgs.). *Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005, p. 59-82.

ESCOFFIER, Jeffrey. Introdução. In: GAGNON, John H. *Uma interpretação do desejo: ensaios sobre o estudo da sexualidade*. Tradução Lucia Ribeiro da Silva, revisão técnica Sergio Carrara e Horacio Sívori. Rio de Janeiro: Garamond, 2006, p. 13-30.

FAINZANG, Sylvie. Antropologia Médica na França: uma disciplina em boa saúde. In: SAILLANT, Francine (org.). *Antropologia Médica: ancoragens locais, desafios globais*. Tradução Vera Lucia dos Reis. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012, p. 159-176.

FAIRCLOUGH, Norman. *Discurso e mudança social*. Tradução, revisão técnica e prefácio Izabel Magalhães. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2001.

FARMER, Paul. Mandando Doença: feitiçaria, política e mudança nos conceitos da Aids no Haiti rural. Tradução de Paulo M. Garchet. In: HOCHMAN, Gilberto (org.). *Cuidar, Controlar, Curar: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004,

p. 535-567.

FAVRET-SAADA, Jeanne. Ser afetado. Tradução Paula Siqueira, revisão Tânia Stolze Lima. *Cadernos de campo*, n. 13, 2005, p. 155-161.

FILGUEIRAS, Sandra Lúcia. DESLANDES, Suely Ferreira. Avaliação das ações de aconselhamento. Análise de uma perspectiva de prevenção centrada na pessoa. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 15, sup. 2, p. 121-131, 1999.

FISCHER, Rosa Maria Bueno: *Trabalhar com Foucault: arqueologia de uma paixão*. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2012, p. 133-146.

FONSECA, Claudia. “Quando cada caso NÃO é um caso: pesquisa etnográfica e educação”. *Revista Brasileira de Educação*, São Paulo, v. 10, p. 58-78, 1999.

FOUCAULT, Michel. *A Arqueologia do Saber*. Tradução Luiz Felipe Baeta Neves. 7ª ed. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 2008.

_____. *A Ordem do Discurso*. 21ª ed. Tradução Laura Fraga de Almeida Sampaio. São Paulo: Edições Loyola, 2001.

_____. *História da sexualidade I: A vontade de saber*. 13ª ed. Tradução Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1988.

_____. *História da sexualidade II: O uso dos prazeres*. 13ª ed., 2ª impr. Tradução Maria Thereza da Costa Albuquerque; revisão técnica José Augusto Guilhon Albuquerque. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984.

_____. *História da sexualidade III: O Cuidado de si*. 8ª ed. Tradução Maria Thereza da Costa Albuquerque, revisão técnica José Augusto Guilhon Albuquerque. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

_____. *Microfísica do Poder*. Organização, introdução e revisão técnica de Roberto Machado. 25ª edição. São Paulo: Graal, 2012.

_____. Sobre as Maneiras de Escrever a História. In: _____. *Arqueologia das Ciências e História dos Sistemas de Pensamento*. Ditos & Escritos II. Organização, seleção de textos e revisão técnica Manoel Barros da Motta, tradução Elisa Monteiro. 3ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2013, p. 64-80.

FREIRE, Paulo. *Extensão ou Comunicação?* Tradução de Rosisca Darcy de Oliveira. 7ª edição. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983.

FLICK, Uwe. Entrevistas. In: *Introdução à pesquisa qualitativa*. Tradução Joice Elias Costa, 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2009, p. 143-163.

GAGNON, John H. *Uma interpretação do desejo: ensaios sobre o estudo da sexualidade*. Tradução Lucia Ribeiro da Silva, revisão técnica Sergio Carrara e Horacio Sívorí. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

GUATTARI, Félix. ROLNIK, Suely. *Micropolítica: cartografias do desejo*. 11ª ed. Petrópolis: Vozes, 2011.

GEERTZ, Clifford. *A interpretação das culturas*. 1ª ed. 13ª reimpr. Rio de Janeiro: LTC, 2008.
_____. *El Antropólogo como Autor*. Barcelona: Paidós Studio, 1989.

GIACOMINI, Paulo Roberto. *Constelações sociais no ciberespaço positivo: as comunidades virtuais como espaços de promoção da saúde das pessoas que vivem com HIV/AIDS*. 2011. Dissertação (Mestrado em Informação e Comunicação em Saúde) - Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica, Pós-Graduação em Informação e Comunicação em Saúde. Rio de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz, 2011.

GIOVANELLA, Lígia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de. Atenção Primária à Saúde. In: ____ (orgs.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. 2ª ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012, p. 493-546.

GOFFMAN, Erving. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Tradução Mathias Lambert. s/l: Sabotage, 2004.

GOMES, Márcia Constância Pinto Aderne. PINHEIRO, Roseni. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. *Revista Interface – Comunicação, Saúde e Educação*, v. 9, n. 17, p. 287-301, mar./ago. 2005.

GREGORI, Maria Filomena. *Prazeres perigosos: erotismo, gênero e limites da sexualidade*. Tese (Antropologia Social), Departamento de Antropologia, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade de Campinas. Campinas: Unicamp, 2010.

GUERRA, Camila Peixoto Pessoa. SEIDEL, Eliane Maria Fleury. Crianças e adolescentes com HIV/Aids: revisão de estudos sobre revelação do diagnóstico, adesão e estigma. *Revista Paideia*, , v. 19, n. 42, p. 59-65, jan./abr. 2009.

HYMES, Dell. A Antropologia da Comunicação. In: DANCE, Frank E. X. (org.) *Teoria da Comunicação Humana*. Tradução de Álvaro Cabral e João Paulo Paes. São Paulo: Editora Cultrix, 1967, p. 9-56.

IAMAMOTO, Marilda Villela. As Dimensões Ético-políticas e Teórico-metodológicas no Serviço Social Contemporâneo. In: Marlene Teixeira (org.). *Serviço Social: Formação e Trabalho Profissional*. São Paulo: Editora Cortez, 2006, p. 1-36.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *IBGE divulga as estimativas populacionais dos municípios em 2012*. Disponível em: <<http://saladeimprensa.ibge.gov.br/noticias?view=noticia&id=1&idnoticia=2204&busca=1&t=ibge-divulga-estimativas-populacionais-municipios-2012>>. Acesso em 17/07/2013, 14h39.

IESS, Instituto de Estudos de Saúde Suplementar. Nota de Acompanhamento do Caderno de Informações da Saúde Suplementar. Março de 2013. Disponível em: <<http://www.iess.org.br/html/Naciss24edmar13.pdf>>. Acesso em: 17/07/2013.

JODELET, Denise. Representações do Contágio e a Aids. In: JODELET, Denise. MADEIRA, Margot C. (orgs.). *Aids e Representações Sociais: à busca de sentidos*. Natal: EDUFRN, 1998, p. 17-45.

KELLY-SANTOS, Adriana. *A palavra & as coisas: produção e recepção de materiais educativos sobre hanseníase*. Tese (Doutorado em Saúde Pública), Escola Nacional de Saúde Pública,

Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

____. MONTEIRO, Simone Souza. RIBEIRO, Ana Paula Goulart. *Acervo de materiais educativos sobre hanseníase: um dispositivo da material e das práticas comunicativas*. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v.14, n.32, p.37-51, jan./mar. 2010.

KNAUTH, Daniela Riva; GONÇALVES, Helen. Juventude na era da Aids: entre o prazer e o risco. In: ALMEIDA, Maria Isabel Mendes de; EUGENIO, Fernanda (orgs.). *Culturas jovens: novos mapas do afeto*. Rio de Janeiro: Zahar, 2006, p. 92-104.

LALLEMENTE, Michel. *História das ideias sociológicas: de Parsons aos contemporâneos*. Vol. 2, tradução de Ephraim F. Alves, 4ª ed. Petrópolis: Vozes, 2012.

LATOUR, Bruno. *Palestra proferida no Auditório da Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da Universidade de São Paulo, pelo projeto Fronteiras do Pensamento*. São Paulo: USP, 09/08/2012.

LEITE, Rogério Proença de Sousa. *Espaço público e política dos lugares: usos do patrimônio cultural na reinvenção contemporânea do Recife Antigo*. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) - Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2001.

LIMA, Nísia Trindade; FONSECA, Cristina M. O.; HOCHMAN, Gilberto. A saúde na construção do Estado Nacional no Brasil: Reforma Sanitária em perspectiva histórica. In: LIMA, Nísia Trindade *et al.* (orgs.). *Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005, p. 27-58.

LOCKE, Lawrence F. SPIRDUSO, Waneen Wyrick. SILVERMAN, Stephen J. The Function of the Proposal. In : LOCKE, Lawrence F. SPIRDUSO, Waneen Wyrick. SILVERMAN, Stephen J. *Proposal that work: a guide for planning dissertations and grand proposals*. 3ª ed. Newsbury Park, Califórnia: Sage, 1993, p. 3-24.

LUZ, Madel T. Complexidade do Campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade de saberes e práticas- análise sócio-histórica de uma trajetória Paradigmática. *Revista Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 304-311, 2009.

MAGNANI, José Guilherme Cantor. Da Periferia ao Centro: pedaços e trajetos. *Revista de Antropologia*, v. 35, 1992, p. 191-203.

____. Notas da mesa redonda “*Cidades em Movimentos*”. Terceira Jornada de Ciências Sociais. Juiz de Fora: Universidade Federal de Juiz de Fora, 19/09/2014.

____. Os circuitos dos jovens urbanos. *Tempo Social*, revista de sociologia da USP, v. 17, n. 2, nov. 2005, p. 173-205.

MAIGRET, Éric. Do modelo matemático à antropologia da comunicação. In: _____. *Sociologia da comunicação e das mídias*. Tradução de Marcos Bagno. São Paulo: Editora Senac São Paulo, 2010, p. 129-148.

MAHMOOD, Saba. Agency, gender and embodiment. In: *Politics of piety: the Islamic revival and feminist subject*. Nova Jersey - Estados Unidos: Princeton University Press, 2005, p. 153-188.

MALINOWSKI, Bronislaw. Os Argonautas do Pacífico Ocidental. *Revista Ethnologia*, Revista do Departamento de Antropologia da Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, n. 6-8, p. 17-37, 1997.

_____. *Sexo e repressão na sociedade selvagem*. Tradução Francisco M. Guimarães. 3a ed. Petrópolis-RJ: Vozes, 2013.

MALTA, Mônica; BASTOS, Francisco Inácio. Aids: prevenção e assistência. In: GIOVANELLA, Lígia (org.) *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. 2ª ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012, p. 933-958.

MARTÍN-BARBERO, Jesús. *Dos Meios às Mediações: comunicação, cultura e hegemonia*. Tradução Ronald Polito e Sérgio Alcides. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 1997.

MARX, Karl. ENGELS, Friedrich. *Manifesto do partido comunista*. Tradução de Sueli Tomazini Barros Cassal. Porto Alegre: LP&M, 2011.

MASCARENHAS, Leonardo Balbino. Desejo. In: CASTRO, Carmem Lúcia Freitas de; GONTIJO, Cynthia Rúba Braga; AMABILE, Antônio Eduardo de Noronha (orgs.). *Dicionário de políticas públicas*. Barbacena: EdUEMG, 2012, p. 120-124.

MAXWELL, Joseph. *Qualitative Research Design: an interactive approach*. Newsbury Park-CA: Sage, 1996.

MENDOZA, Edgar. Donald Pierson e a Escola Sociológica de Chicago no Brasil: os estudos urbanos na cidade de São Paulo (1935-1950). *Revista Sociologias*, Porto Alegre, ano 7, n. 14, p. 440-470, jun./dez. 2005.

MEYER, Dagmar. FÉLIX, Jeane. “Entre o Ser e o Querer Ser...”: Jovens soropositivos(as), projetos de vida e educação. *Educação em Revista*, Belo Horizonte, v. 30, n. 2, p. 181-206, abr./jun. 2014.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Construção da identidade da antropologia na área da saúde: o caso brasileiro. In: ALVES, Paulo César. RABELO, Miriam Cristina (orgs.). *Antropologia da saúde: traçando identidade e explorando fronteiras*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; Rio de Janeiro: Editora Relume Dumará, 1998, p. 29-46.

_____. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 12ª ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

_____. Prefácio. In: DESLANDES, Suely Ferreira (org.). *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006, p. 23-32.

MONKEN, Maurício. BARCELLOS, Christovam. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. *Revista Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 898-906, mai./jun., 2005.

MONTEIRO, Simone. *Qual prevenção? Aids, sexualidade e gênero em uma favela carioca*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

_____. BRANDÃO, E. VARGAS, Eliane. MORA, Claudia. SOARES, P. DALTRO, E. *Discursos sobre sexualidade em um Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA): diálogos possíveis entre profissionais e usuários*. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, v. 19, p. 137-146, 2014.

MOREL, Carlos M. A pesquisa em saúde e os objetivos do milênio: desafios e oportunidades globais, soluções e políticas nacionais. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, 261-270, jun. 2004.

NEVES, Ednalva Maciel. *Antropologia e ciência: uma etnografia do fazer científico na era do risco*. São Luís: EDUFMA, 2008.

NETO, Francisco Campos Braga *et al.* Atenção Hospitalar: evolução histórica e tendências. In: GIOVANELLA, Lígia (org.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. 2ª ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012, p. 577-608.

NORONHA, José Carvalho; LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiani Vieira. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: GIOVANELLA, Lígia (org.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. 2ª ed. ver. e amp. Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 2012, p. 365-394.

NOVAES, Regina. Os jovens de hoje: contextos, diferenças e trajetórias. In: ALMEIDA, Maria Isabel Mendes de; EUGENIO, Fernanda (orgs.). *Culturas jovens: novos mapas do afeto*. Rio de Janeiro: Zahar, 2006, p. 105-120.

OLIVEIRA, Lédice Lino de. NEGRA, Marinella Della. NOGUEIRA-MARTINS, Maria Cezira Fantini. Projetos de Vida de Adultos Jovens Portadores de HIV por Transmissão Vertical: estudo exploratório com usuários de um ambulatório de Infectologia. *Revista Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 21, n. 4, p. 928-939, 2012.

ONU, Organização das Nações Unidas. *Lista de Contatos de SERVIÇOS DE ATENDIMENTO ESPECIALIZADO EM HIV/AIDS (SAE) No Brasil*. Brasília: ONU, maio de 2012.

ORLANDI, Eni Puccinelli. *Discurso em Análise. Sujeito, sentido, ideologia*. 2ª ed. Campinas: Pontes Editores, 2012.

PAIM, Jairnilson Silva. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil, In: GIOVANELLA, Lígia (org.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. 2ª ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012, p. 459-492.

PAIVA, Vera. *Fazendo arte com a camisinha: Sexualidades Jovens em Tempos de Aids*. São Paulo: Summus, 2000.

____ *et al.* A sexualidade de Adolescentes Vivendo com HIV: direitos e desafios para o cuidado. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 10, p. 4199-4210, 2011.

____ *et al.* Idade e uso de preservativo na iniciação sexual de adolescentes brasileiros. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 42, supl. 1, p. 45-53, 2008.

PARK, Robert Ezra. *La ciudad: y otros ensayos de ecología urbana*. Estudo preliminar e tradução Emilio Martínez. Barcelona-Espanha: Ediciones del Serbal, 1999.

PARKER, Richard. *Na contramão da AIDS: sexualidade, intervenção, política*. Rio de Janeiro: ABIA; São Paulo: Editora 34, 2000a.

____. Prefácio. In: PAIVA, Vera. *Fazendo arte com a camisinha: Sexualidades Jovens em Tempos de Aids*. São Paulo: Summus, 2000b, p. 13-17.

____; HERDT, Gilbert; CARBALLO, Manuel. Cultura sexual, transmissão do HIV e pesquisa sobre a AIDS. In: CZERESNIA, Dina *et al.* *AIDS: pesquisa social e educação*. São Paulo: Editora Hucitec, 1995, p. 17-45.

PERLONGHER, Néstor. *O Negócio do Michê: prostituição viril em São Paulo*. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2008.

PICHON-RIVIÈRE, Enrique. *Teoria do vínculo*. Seleção e organização Fernando Taragano; tradução Eliane Toscano Zamikhouwsky; revisão técnica Marco Aurélio Fernandez Velloso; revisão Monica Stahel Monteiro da Silva, 3º ed. São Paulo: Martins Fontes, 1988.

PIERRET, Janine. HERZLICH, Claudine. Uma Doença no Espaço Pública. A AIDS em Seis Jornais Franceses. *PHYSIS - Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, supl., p. 71-101, 2005.

RIO DE JANEIRO, Secretaria Municipal de Saúde. PAM Antônio Ribeiro Netto. Rio de Janeiro. *Projeto da Clínica 8 – A*. Rio de Janeiro: julho de 2002.

_____. *PAM Antonio Ribeiro Netto*. Disponível em: <<http://www.sms.rio.rj.gov.br/servidor/cgi/public/cgilua.exe/sys/reader/htm/preindexview.htm?infoid=1619&editionsectionid=124>>. Acesso em: 11 de dezembro de 2012b, às 19h50.

_____. Policlínica Antonio Ribeiro Netto. *Projeto do Trabalho PAM 13 de Maio – Clínica 8 A: Uma abordagem humanizada*. Rio de Janeiro: 2005.

_____. *Projeto Estrelando*. Rio de Janeiro: junho de 2007.

_____. *Reunião na Clínica 8 A*, ata nº 01/2012. Rio de Janeiro: 20 de abril de 2012a.

_____. Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social. Sistema Municipal de Assistência Social. Gerência do Serviço Social da Saúde. *Relatório final 2013 Serviço Social Policlínica Antonio Ribeiro Netto*. Rio de Janeiro: 2013.

SÁEZ, Javier. CARRASCOSA, Sejo. *Por el culo: Políticas anales*. Madrid, Espanha: Egales Editorial, 2011.

SIGERIST, Henry Ernest. Doença e Vida Social. In: *Civilização e Doença*. Tradução Marcos Fernandes da Silva Moreira com a colaboração de José Ruben de Alcântara Bonfim. São Paulo: Hucitec-Sobravime; Campinas: SindiMed, 2011, p. 73-95.

SODRÉ, Muniz. *Antropológica do espelho: uma teoria da comunicação linear e em rede*. Petrópolis-RJ: Vozes, 2002.

_____. *As estratégias sensíveis: afeto, mídia e política*. Petrópolis-RJ: Vozes, 2006.

_____. Objeto da Comunicação É a Vinculação Social (entrevista concedida a Desirée Rabelo). *Revista PCLA – Pensamento Comunicacional Latino Americano*. São Bernardo do Campo-SP, v. 3, n. 1, out./nov./dez., 2001.

SANTOS, Milton. *A Natureza do Espaço: técnica e tempo, razão e emoção*. 4ª ed. São Paulo: Ed. USP, 2006.

SBI, Sociedade Brasileira de Infectologia, Prêmio de Incentivo à Prevenção e ao Tratamento do HIV/aids, IstoÉ, São Paulo, p. 31-6, 7 de dezembro de 2005, nº 1886, Editora Três Rios.

____, Prêmio Aids, Revista InfoAids Profissional, São Paulo, p. 10-3, 2007, ano 3, nº 15.

SCHEFFER, Mário. *Coquetel: a incrível história dos antirretrovirais e do tratamento da aids no Brasil*. São Paulo: Hucitec: Sobravime, 2012.

SOLLA, Jorge; CHIORO, Arthur. Atenção Ambulatorial Especializada. In: GIOVANELLA, Lígia (org.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. 2ª ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012, p. 547-576.

SPARGO, Tamsin. *Foucault y La Teoría Queer*. Tradução Gabriela Ventureira. Barcelona: Editorial Gedisa, 2004.

STROZENBERG, Ilana. Antropologia e Comunicação: que conversa é essa? TRAVANCAS, Isabel. FARIAS, Patrícia (orgs.). *Antropologia e Comunicação*. Rio de Janeiro: Garamong, 2003, p. 15-24.

TRAVANCAS, Isabel. Fazendo etnografia no mundo da comunicação. DUARTE, Jorge; BARROS, Antonio (orgs.). *Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação*. 2ª ed. 5ª reimp. São Paulo: Atlas, 2011, p. 98-109.

UNAIDS, Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS. Organização das Nações Unidas. *Global Report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2013*. Genebra, Suíça: 2013.

____. *Global AIDS response progress reporting 2014: construction of core indicator for monitoring the 2011 UN political declaration on HIV/AIDS*. Genebra, Suíça: UNAIDS, 2014.

VANCE, Carole. Pleasure and Danger: Toward a Politics of Sexuality. In: VANCE, Carole (org.). *Pleasure and Danger: Exploring Female Sexuality*. Nova York: Routledge. 1984, p. 1-28.

VELHO, Gilberto. Biografia, trajetória e mediação. In: VELHO, Gilberto. KUSCHNIR, Karina. *Mediação, cultura e política*. Rio de Janeiro: Aeroplano, 2001, p. 13-28.

____. Juventudes, projetos e trajetórias na sociedade contemporânea. In: ALMEIDA, Maria Isabel Mendes de; EUGENIO, Fernanda (orgs.). *Culturas jovens: novos mapas do afeto*. Rio de Janeiro: Zahar, 2006, p. 192-200.

____. Observando o familiar. In: Edson Nunes (org). *A Aventura Sociológica*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1978, p. 36-46.

WEBER, Max. *Ensaio de Sociologia*. Organização e Introdução Hans Heinrich Gerth e Wright Mills, tradução Waltensir Dutra, revisão técnica Fernando Henrique Cardoso. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1974.

WEEKS, Jeffrey. "Sexuality and the Historian." In: *Sex, politics and society: the regulation of sexuality since 1800*. New York: Longman, 1981, p. 1-18.

WHO, World Health Organization. *Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations*. Genebra, Suíça: WHO, 2014.

ZUCCHI, Eliana Miura. BARROS, Claudia Renata dos Santos. PAIVA, Vera Silvia Facciolla. FRANÇA-JUNIOR, Ivan. Estigma e discriminação vividos na escola por crianças e jovens órfãos por Aids. Revista Educação e Pesquisa, São Paulo, v. 36, n.3, p. 719-734, set./dez. 2010.

ANEXOS

ANEXO 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

Estou fazendo uma pesquisa de mestrado chamada “Sexualidade, Desejo, Sexo Seguro e Jovens Vivendo com HIV e Aids: uma etnografia entre pacientes de um serviço de saúde do município do Rio de Janeiro”, no Programa de Pós-Graduação em Informação e Comunicação em Saúde, da Fundação Oswaldo Cruz. O objetivo desta pesquisa é entender o que jovens que vivem com HIV e Aids dizem, onde se informam sobre sexualidade, quais são suas práticas sexuais. E contribuir com dados para pensar atitudes e hábitos de jovens em relação à saúde e à Aids.

Gostaria de convidá-lo (a) para participar dessa pesquisa, respondendo algumas perguntas. Essas perguntas são sobre temas como sexualidade e HIV/Aids. Você tem o direito de não respondê-las. A duração da entrevista será de aproximadamente uma hora. Você poderá perguntar qualquer coisa durante todo o tempo da pesquisa, inclusive após a publicação dela. A entrevista será realizada com todo o cuidado para ninguém ouvir. Acredito que a participação nessa pesquisa não traz riscos significativos. Entretanto, algumas perguntas podem lhe trazer más recordações, por exemplo, sobre situações de discriminação. Contudo, sua identidade será preservada, assim, seu nome não será divulgado na pesquisa ou em posterior publicação dela. Precisaré usar o gravador, me comprometendo a utilizar os dados e o material coletado somente para essa pesquisa. Depois do trabalho finalizado, guardarei a gravação por um período de cinco anos e depois vou descartá-la.

Se você aceitar participar dessa pesquisa, está garantido que poderá desistir a qualquer momento, bastando para isso informar sua decisão da maneira que achar mais conveniente. A sua participação é voluntária e sem interesse financeiro, assim, você não terá direito a nenhuma remuneração. Você receberá uma cópia deste Termo onde consta contato do pesquisador, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, a qualquer momento. Além do mais, esta pesquisa está sendo acompanhada pela unidade de saúde, Policlínica Antonio Ribeiro Netto, e pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio e da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura do Município do Rio de Janeiro.

Vinícius Mauricio de Lima (Pesquisador Responsável)
E-mail: vmlima9@gmail.com Telefone: (21) 983541770

Assim, acredito ter sido suficientemente esclarecido (a) a respeito das informações e das razões que li ou que foram lidas para mim sobre essa pesquisa. Concordo voluntariamente em participar desta pesquisa, respondendo as perguntas às quais estiver confortável para tal e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante a mesma, sem penalidades ou prejuízo. Tenho conhecimento que esse projeto está sendo acompanhado pelas instituições as quais a pesquisa se vincula e aos Comitês de Ética em Pesquisa. Ao concordar com este termo, afirmo que tenho conhecimento de que poderei me dirigir a estas instituições, bem como aos Comitês, sempre que necessário.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 201__.

_____ Assinatura do participante da pesquisa

Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio
Av. Brasil, 4365 - Mangueiras - Rio de Janeiro-RJ | CEP: 21.040-360
Telefone: (21) 3865-9797 | E-mail: cep@fiocruz.br

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde

Rua Evaristo da Veiga, 16, sobreloja – Cinelândia– Rio de Janeiro-RJ | CEP: 20031-040 | Telefone: (21) 2215-1485 | E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br / cepmsrj@yahoo.com.br | Atendimento: de 2ª a 5ª feira, das 9h às 13h.

ANEXO 2 - Quadro de participantes

Nome, idade	Médica (o)	Residência	Grau de escolaridade	Orientação sexual/ identidade de gênero	Cor	Transmissão do HIV	Outras informações
Graça, 21 anos	Pedro	Jacaré	Ensino médio	Heterossexual	Parda	Sexual	Desempregada. Mãe de dois filhos.
Bosco, 19 anos	Expedito	Mangueira	Ensino médio incompleto	Heterossexual	Pardo	Vertical	Desempregado. Benefício INSS.
Cícero, 23 anos	Cássia	Centro	Superior	Homossexual	Branco	Sexual	Advogado. Possui Plano de Saúde.
Madalena, 25 anos	Expedito	Ilha do Governador	Ensino médio incompleto	Homossexual, transsexual	Negra	Sexual	Prostituta. Dificuldade adesão.
Francisco, 24 anos	Elizabeth	Botafogo	Superior	Homossexual	Branco	Sexual	Arquiteto.
Sara, 20 anos	Expedito	Ricardo Albuquerque	Superior incompleto	Heterossexual, com práticas bissexuais	Parda	Sexual	Estudante. Vive relação soroconcordante. Frequenta swing.
Jorge, 27 anos	Expedito	Ricardo Albuquerque	Superior	Heterossexual	Pardo	Sexual	Designer. Vive relação soroconcordante. Frequenta swing.

Tabela 1- Quadro de participantes

ANEXO 3 – Pontos observados em campo

Na Policlínica:

- Lógica do atendimento e rituais institucionais (“acolhimento”, marcação de consultas, organização e limpeza, horários...). atendimentos em geral e aos jovens;
- Relação inter-clínicas, relações de poder entre funcionários
- Comportamentos, gestos, hábitos das/em relação aos pacientes, pessoas vivendo com HIV e aids no contexto da policlínica;
- Práticas comunicativas nos setores, entre profissionais e pacientes da policlínica. O que se conversa, como, quando e sobre o que, e com quem?
- O que se diz, onde se diz (lugares físicos), como se diz, quais as expressões e a linguagens utilizadas para falar sobre sexualidade e HIV/aids (risco, prevenção, preconceito, estigma, discriminação...);
- Práticas comunicativas sobre sexualidade, HIV/aids e outras doenças (materiais educativos, meios de comunicação: quais existem, quais são referidos pelos profissionais e pelos pacientes, como são feitas, quais os recursos utilizados...);
- Informação sobre sexualidade, HIV/aids e outras doenças (“nível de conhecimento” sobre HIV/aids, sistemas de informação e registros: prontuários, fichas de notificação...);
- Distribuição de preservativo (quem distribui, para quem, onde, quando e em que situações);
- Ligação com entidades e instituições externas, como ongs, associações, órgãos governamentais, centros e institutos de pesquisa, organismos internacionais etc.;

Na Clínica de aids

- Lógica do atendimento (exames, tratamento...) e das consultas. atendimentos aos jovens vivendo com HIV e aids;
- Organização dos prontuários, cadastro no Sisreg, Siclon, Sinam e disposição de laudos e atestados;
- Comportamentos, gestos, hábitos das/em relação aos pacientes, pessoas vivendo com HIV e aids no contexto da clínica;
- Rodas de conversa. Eventos e festas internas e externas com pacientes;
- O que se diz, onde se diz (lugares físicos), como se diz, quais as expressões e a linguagens utilizadas para falar sobre sexualidade e HIV/aids (risco, prevenção, preconceito, estigma, discriminação...);
- Comunicação e informação sobre sexualidade, HIV/aids e outras doenças (materiais educativos...);
- Distribuição de preservativo (quem distribui, para quem, em que situações).

ANEXO 4 - Roteiro para entrevistas com jovens vivendo com HIV e aids

Eixo 1 – Dados de identificação

Me fala um pouco de você...qual seu nome, idade?

Você mora onde? Você mora com quem?

Qual seu grau de instrução? (Exerce a profissão?)

Você trabalha? (Onde? Você gosta do que faz? Qual sua renda?)

Você é religioso? (Que religião você frequenta? Isso ajudou em algo em relação à doença?)

Qual sua cor?

Eixo 2 – Juventude e Relacionamentos

Eu te convidei para esta entrevista porque eu trabalho com jovens...

Então, para você, o que é ser jovem? Você se considera jovem? O que marca essa fase da vida? (A idade e os hormônios, transição para vida adulta, responsabilidade e irresponsabilidade, riscos, iniciação sexual, drogas, perspectivas de futuro. E na relação com família, amigos, na escola...)

Eixo 3 – Sexualidade, Iniciação Sexual e Diagnóstico

Você já se apaixonou? Como foi? Quando foi sua primeira vez? (Teve alguma experiência sexual ou amorosa antes disso? Com homens e com mulheres? Qual a sua orientação sexual? Qual a sua identidade de gênero?)

E hoje, como tem vivenciado a sua sexualidade? (Você está saindo com alguém? Quem? Onde conheceu? Prefere ficar ou namorar? Por quê? Onde você conhece pessoas para se relacionar – rua, site de relacionamento ou aplicativo de celular?)

Você conversa com alguém sobre a sua sexualidade? Com quem? (E aqui na policlínica você conversa sobre isso? Com quem e em que situação? Nas rodas de conversa, nas consultas? Você participa de eventos na policlínica? Acha importante? E fora da policlínica, participa de grupos e eventos promovidos pelo movimento social?)

Depois do diagnóstico, alterou alguma coisa na sua vida? (Muda alguma coisa no corpo? Pôr que você fez o exame? Você já tinha ouvido falar da aids? Quando você acha que se infectou? Como e quando foi o diagnóstico? Quem te falou o resultado? Como foi a conversa? Você contou para alguém? Para quem?)

Para você, o que é ser jovem vivendo com HIV e aids? (Tem diferença entre HIV e aids? Qualquer pessoa pode se infectar? Tem diferença entre homem e mulher? E entre heterossexual e homossexual? Você já sofreu preconceito?)

Eixo 4 – Práticas sexuais e HIV/aids

Você se informa/conversa sobre sexo, HIV/aids? Onde e com quem? (O que você tem curiosidade e dúvida? Você lê livros e notícias, assiste filmes? Fala com alguém? E aqui na policlínica você conversa sobre isso? Pergunta aos profissionais de saúde? Em que situação? Nas rodas de conversa, nas consultas?)

Desde que você soube o diagnóstico, como tem sido sua vida sexual? (Você continua saindo com pessoas como antes? Você conta para seus parceiros que é soropositivo? Quando? Já namorou outro soropositivo?)

Tem usado mais pornografia? E se masturbado? Com que frequência? Você usa brinquedos eróticos?

Me fala sobre o uso da camisinha...(Quando você usa, se nas preliminares, sexo oral, sexo anal, sexo vaginal? Hoje você usa mais que antes? Os parceiros pedem? Como negocia? Teve alguma vez que você não usou? Como foi? Você gosta de usar? Usa lubrificantes? Os profissionais de saúde oferecem camisinha? Você pega na policlínica ou compra? Por quê?)

A medicação alterou suas práticas sexuais? (Como tem sido o tratamento? Quando você começou? Quais medicamentos você toma? Alguém te orientou sobre o tratamento? Teve alguma dificuldade? Já parou? Já faltou medicamento? Você já teve alguma doença oportunista? Você tem conhecimento da política da medicação como prevenção?)

Uma coisa que me interessa é o desejo. Para você, o que é desejo? E nessas situações que você me contou, você acha que vivenciou o desejo? (Tem outra situação que você lembre? É importante falar sobre desejo? Em que lugar? Isso já foi discutido na policlínica?)

Para gente fechar esse tema, para você, o que é sexo seguro?

Eixo 5 – Atendimento na policlínica

O que você acha da policlínica? (Como você chegou à Clínica? Sobre agendamento, dias e horários das consultas, senhas? Qual sua frequência nas consultas? E sua relação com profissionais de saúde? Quais especialidades você passa? E sobre a estrutura física – localização, banheiros, consultórios, farmácia? Você frequenta outro serviço de saúde?)

Você tem algum tipo de benefício? (passe de ônibus, aposentadoria, FGTS, bolsa família?) Já pediu algum laudo ou atestado?

Você tem sonhos (perspectivas concretas)?

