



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



MICHAEL FERREIRA MACHADO

PREVENÇÃO DO HIV/AIDS NO DELTA DO PARNAÍBA: DIÁLOGOS  
SOBRE ESTRATÉGIAS DE GOVERNAMENTALIDADE, BIOPOLÍTICA E  
JUVENILIZAÇÃO

RECIFE  
2017

MICHAEL FERREIRA MACHADO

PREVENÇÃO DO HIV/AIDS NO DELTA DO PARNAÍBA: DIÁLOGOS SOBRE  
ESTRATÉGIAS DE GOVERNAMENTALIDADE, BIOPOLÍTICA E JUVENILIZAÇÃO

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial a obtenção do título de Doutor em Psicologia.

**Orientador:** Prof. Dr. Benedito Medrado Dantas

RECIFE  
2017

Catálogo na fonte

Bibliotecária: Maria Janeide Pereira da Silva, CRB4-1262

M149p Machado, Michael Ferreira.  
Prevenção do HIV/AIDS no Delta do Parnaíba : diálogos sobre estratégias de governamentalidade, biopolítica e juvenilização / Michael Ferreira Machado. – 2018.  
167 f. : il. ; 30 cm.

Orientador : Prof. Dr. Benedito Medrado Dantas.  
Tese (doutorado) - Universidade Federal de Pernambuco, CFCH.  
Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Recife, 2018.  
Inclui Referências, apêndices e anexos.

1. Psicologia. 2. Doenças sexualmente transmissíveis – Prevenção. 3. AIDS (Doença) – Prevenção. 4. HIV (Vírus). 5. Política de saúde. I. Dantas, Benedito Medrado (Orientador). II. Título.

150 CDD (22. ed.)

UFPE (BCFCH2018-036)

**MICHAEL FERREIRA MACHADO**

**PREVENÇÃO DO HIV/AIDS NO DELTA DO PARNAÍBA: DIÁLOGOS SOBRE  
ESTRATÉGIAS DE GOVERNAMENTALIDADE, BIOPOLÍTICA E  
JUVENILIZAÇÃO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Psicologia.

Aprovada em: 11/12/2017

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Dr. Benedito Medrado Dantas  
(Orientador)  
Universidade Federal de Pernambuco

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Ana Kalliny de Sousa Severo  
(Examinadora Externa)  
Universidade Estadual de Campinas

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Jullyane Chagas Barboza Brasilino  
(Examinadora Externa)  
Centro Universitário Estácio do Recife – FIR

---

Prof. Dr. Jorge Luiz Cardoso Lyra da Fonseca  
(Examinador Interno)  
Universidade Federal de Pernambuco

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Karla Galvão Adrião  
(Examinadora Interna)  
Universidade Federal de Pernambuco

## AGRADECIMENTOS

Durante esse percurso do doutorado, muitas pessoas nos ajudaram e incentivaram. Viver em uma ponte nada aérea entre Recife e Parnaíba não foi fácil. Por isso, gostaria de agradecer a Deus pela força, pela saúde, pelo vigor e pelos livramentos durante todo esse tempo.

Gostaria de agradecer a minha família também, aos pedidos de proteção de painho e mainha, aos cuidados das minhas irmãs e ao carinho dos meus sobrinhos. Um agradecimento mais do que especial a Tulio, companheiro de toda a vida, que suportou todo esse vai e vem. Percorrendo, várias vezes, esses 1260 km que separam Recife de Parnaíba. Realmente não tenho palavras para te agradecer. A Chico, meu Golden, que foi minha companhia durante a minha estada em Parnaíba, que me lembrava que a vida pode ser bela e sensível.

Agradeço também a minha família parnaibana, por movimentos da vida, pessoas de vários cantos de Brasil acabaram chegando juntos à cidade. Ana e toda sua singeleza de ser; Tati, gaúcha, minha eterna dupla “trator”; Lorena, por toda a coragem travestida de meiguice; Juliana, companheira pernambucana. E aqueles que me receberam, João, no NESP/UFPI e Gracyanne, minha “parenta”, que traz a força dos machados.

Um agradecimento especial a Santiago, Samia, Roger, Beatriz, Magno, Paloma, Renata, Isabela, Márjore, Vinicius, Mayla, Jéssica, Eryka, Deuzyanne, Savina, por comporem o grupo de pesquisa sobre equidade e Aids, pelas discussões que tínhamos sobre saúde sexual, HIV/Aids e diversidade sexual, sempre articulando com a juventude. Muito obrigado gente, vocês foram interlocutores importantes!

Outras pessoas que não poderiam deixar de citar são aqueles companheiros de luta da Rede Aids Delta. Alice, há mais de vinte anos militando por uma saúde sexual equânime; a Demétrio, Bruna e Evandro, pessoas mais do que especiais e que fazem acontecer; ao Doté Thiago e Wellington, personagens importantes do movimento social parnaibano que ajudam a visibilizar outras formas de ser/existir.

Não poderia deixar de agradecer a minha família recifense, Vick, Helena, Jôa, Fernanda, Rafa, Nathália, Elany e Ju Sampaio. Muito obrigado, por todas as cenas que vocês montaram e por compartilhar comigo essa experiência piauiense.

Durante esse percurso, também, três pessoas foram interlocutores fundamentais: Celestino, parceiro desde o mestrado, eram sempre muito produtivas as nossas conversas; Thalita, minha linda jovem negra feminista, uma das pessoas mais maravilhosas que encontrei

nessa jornada, muito obrigado minha amiga por todas as sugestões e; Lívia, de simples colega de doutorado, se tornou uma amiga mais do que especial, a minha “tese” eu devo a você!

Não poderia, também, deixar de agradecer a Benedito, pela paciência, durante esse percurso. A nossa parceria iniciou em 2011, na orientação do mestrado e, durante esse tempo, aprendi muitas coisas e a mais importante delas foi fazer uma ciência militante, uma ciência que levanta bandeiras. Obrigado, Bene!

Outra pessoa importante nesse trajeto foi João, nosso secretário da pós-graduação. Poderíamos ter apenas uma relação impessoal, mas com João foi e é diferente. João foi muito especial, ajudando e orientando nas questões burocráticas da universidade. Muito obrigado, João!

Uma interlocutora potente desse trabalho foi a professora Jaileila Menezes. A forma como você apresenta o debate foucaultiano e dos processos de subjetivação é ímpar. Saíamos das aulas um pouco tontos, mas todas as quartas-feiras eram momentos de muita reflexão. Muito obrigado professora, por mostrar que é possível falar de forma inteligível coisas bastantes complexas.

Gostaria de agradecer especialmente às professoras Fátima Santos, Isabel Pedrosa e Karla Adrião, cada uma delas foi importante no que diz respeito não só às atividades de pesquisa, mas à atividade docente. Agradeço a Fátima pelo exercício de delimitação, em Seminários de Tese; a Bel, pelo esforço em sempre fazer um diálogo com posições teórico e epistemológicas diferentes e; Karla, por debater o lugar socialmente privilegiado da universidade e como podemos fazer mais, a partir deste.

A Jorge Lyra, pela leitura dessa proposta de tese, desde o início e durante o processo de qualificação. Suas recomendações produziram um “giro” de 180 graus, no que estávamos desenvolvendo até então. Um agradecimento especial, a Jully Brasilino por aceitar avaliar esse texto. Agradeço também a bibliotecária do CFCH/UFPE, Maria Janeide, pela ajuda e cuidado no processo de depósito dessa tese. Muito obrigado!

Jogando meu corpo no mundo,  
Andando por todos os cantos  
E pela lei natural dos encontros  
Eu deixo e recebo um tanto.

Mistério do Planeta  
Luiz Galvão/Moraes Moreira

## RESUMO

As políticas de saúde atuam como potentes elementos no governo das populações. No Brasil, as políticas públicas voltadas à prevenção aos agravos em saúde sexual têm elegido os jovens como grupo preferencial de suas intervenções. Assim, essa tese versa analisar as estratégias de governamentalidade presentes na política de prevenção à juvenilização da Aids no Delta do Parnaíba. E, para tal, definimos os seguintes objetivos específicos: 1) Identificar acontecimentos, incidentes críticos e documentos que conformam o processo de construção da política de Aids no Delta, visibilizando aqueles que envolvem os jovens; 2) Mapear, por meio de um exercício proto-genealógico, o contexto político no qual a política está inserida; 3) Analisar narrativas e jogos de poder existentes entre os operadores “estatais” da política e usuários jovens. Para realização da pesquisa, que subsidiou a escrita dessa tese, foi necessário “fazer parte” do processo. Assim, utilizamos a proposta da pesquisa-intervenção, bem como os pressupostos construcionistas sociais e de autoras do feminismo, que propõem uma outra forma de produzir ciência. Nesse sentido, a produção de conhecimento científico constitui-se em um ato político. Em nível tático-operacional, seguimos as seguintes etapas: (A) Articulação de um fórum local, reunindo movimentos sociais, gestores e profissionais de saúde, pesquisadores e estudantes, com vistas a debater e produzir respostas articuladas acerca da epidemia de HIV/Aids em Parnaíba; (B) Realização de entrevistas semiestruturadas com gestores e profissionais de saúde, visando compreender os processos presentes na operacionalização do Programa Municipal de Prevenção ao HIV/Aids; (C) Oficinas com jovens entre 19 a 25 anos, residentes em Parnaíba. A análise produzida a partir das informações aponta que é preciso reconhecer as multiplicidades das experiências juvenis, bem como a importância de marcadores sociais como a raça nas estratégias de prevenção ao HIV/Aids. Precisamos avançar de uma perspectiva prescritiva fortemente presente nas ações de prevenção, para uma posição dialógica, resultante da interface entre os aspectos normativos, como as experiências cotidianas dos jovens.

**Palavras-chaves:** Política de Saúde. Jovens. Aids. Governamentalidade.

## ABSTRACT

The health policies act like powerful elements in the government of the populations. In Brazil, the public policies turned the prevention to the problems in sexual health, it has been electing the young as main group of his interventions. Thus, this thesis turns to analyze the strategies of governmentality in the prevention politics to the juvenile of the AIDS in Delta of the Parnaíba. And, for such, we define the next specific objectives: 1) to Identify events, critical incidents and documents that adapt the process of construction of the politics of AIDS in Delta, making visible those who wrap the young persons; 2) Map, through a proto-genealogical exercise, the political context which the politics is inserted; 3) To analyse narratives and existent plays of power between the "state-owned" operators of the politician and young users. For realization of the inquiry, which subsidized the writing of this theory, it was necessary "to make part" of the process. So, we use the proposal of the inquiry-intervention, as well as the presuppositions social constructionist and of authors of the feminism, who propose another form of producing science. In this sense, the production of scientific knowledge is a political act. So, in operational-tactic level, we follow the next stages: (A) Articulation of a local forum, joining social movements; managers and health professionals; investigators and students, with sights to debate and to produce answers articulated about the epidemic of HIV/Aids in Parnaíba; (B) Realization of interviews semistructured with managers and health professionals, aiming the HIV/Aids understanding the present processes in the operationalization of the municipal program of prevention to; (C) Workshops with young persons between 19 to 25 years, residents in Parnaíba. The analysis produced from the informations, they point that it is necessary to recognize the multiplicities of the youthful experiences, as well as the importance of social markers, like the race, in the prevention strategies to the HIV/Aids. As well as, we need to advance of a perspective prescriptive, strongly present in the actions of prevention, for a position dialogic, resultant of the interface between the prescriptive aspects, like the daily experiences of the young.

**Keywords:** Health Policy. Young. Aids. Governmentality.

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> - Três planos inter-relacionados da prevenção ao HIV.....	28
<b>Figura 2</b> - Distribuição e concentração dos casos de aids, segundo municípios, Brasil, 1980 a junho de 2015.....	32
<b>Figura 3</b> - Mapa do Brasil e Rota das Emoções, com destaque para Parnaíba.....	67
<b>Figura 4</b> - Moradias do Bairro Piauí.....	111
<b>Figura 5</b> - Rua do Bairro Reis Velloso.....	111
<b>Figura 6</b> - Esquema conceitual da prevenção ao HIV/Aids.....	143

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1</b> - Atores institucionais diretamente envolvidos na prevenção e assistência ao HIV/Aids em Parnaíba.....	76
<b>Gráfico 2</b> - Taxa de detecção geral.....	98
<b>Gráfico 3</b> - Taxa de detecção geral por sexo biológico.....	98
<b>Gráfico 4</b> - Taxa de detecção em jovens entre 15 a 24 anos.....	99
<b>Gráfico 5</b> - Distribuição Percentual dos Casos de AIDS notificados no SINAN por Raça/Cor.....	100
<b>Gráfico 6</b> - Distribuição percentual dos Casos de Aids em Homens com 13 anos ou mais por categoria de exposição.....	101

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> – Áreas de maior incidência de HIV em Parnaíba (2010-2015).....	77
<b>Quadro 2</b> – Caracterização dos/as entrevistados/as.....	119
<b>Quadro 3</b> – Caracterização dos/as participantes na oficina.....	120

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Estatísticas anuais da epidemia de HIV em Parnaíba (2010-2015).....	77
<b>Tabela 2</b> - Distribuição por faixa etária e sexo (2010-2015).....	79
<b>Tabela 3</b> - Casos de AIDS notificados no SINAN, declarados no SIM e registrados no SISCEL/SICLOM por ano de diagnóstico.....	94
<b>Tabela 4</b> - Taxa de detecção (por 100 mil hab.) de casos de AIDS notificados no SINAN em Parnaíba, declarados no SIM e registrados no SISCEL/SICLOM, por ano de diagnóstico.....	95
<b>Tabela 5</b> - Razão de sexos de casos de AIDS notificados em Parnaíba no SINAN, declarados no SIM e registrados no SISCEL/SICLOM por ano de diagnóstico.....	96
<b>Tabela 6</b> - Óbitos por causa básica AIDS em Parnaíba.....	96
<b>Tabela 7</b> - Casos de AIDS notificados no SINAN, segundo raça/cor, por ano de diagnóstico, em todas as faixas etárias.....	96
<b>Tabela 8</b> - Casos de AIDS notificados no SINAN, segundo escolaridade, por ano de diagnóstico.....	97
<b>Tabela 9</b> - Área com maior incidência em comparação com uma das áreas com menor incidência de HIV em Parnaíba (2011-2015).....	109

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

- Aids – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.
- APROSPA – Associação das Profissionais do Sexo de Parnaíba.
- CNAIDS – Comissão Nacional de DST, Aids e Hepatites Virais.
- COAS – Centro de Orientação e Apoio Sorológico.
- CRAS – Centro de Referência da Assistência Social.
- CREAS – Centro Especializado da Assistência Social.
- DNOCS – Departamento Nacional de Obras Contra as Secas.
- DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis.
- EMBRAPA – Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária.
- IDH – Índice de Desenvolvimento Humano.
- HEDA – Hospital Estadual Dirceu Arcoverde.
- HEMOPI – Centro de Hematologia e Hemoterapia do Piauí.
- HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana.
- HSH – Homens que fazem sexo com homens.
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
- IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis.
- LACEN - Laboratório Central de Saúde Pública do Piauí.
- LGBT – Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais.
- NEPAIDS - Núcleo de Estudos para a Prevenção da AIDS.
- NESP – Núcleo de Estudos em Saúde Pública.
- ONU – Organização das Nações Unidas.
- PAM – Plano de Ações e Metas.
- PEP – Profilaxia Pós exposição.
- PSE – Programa Saúde na Escola.
- RNAJVHA – Rede Nacional de Adolescentes e Jovens vivendo com HIV/Aids.
- SAE – Serviço de Atendimento Especializado.
- SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.
- SICLOM - Sistema de Controle Logístico de Medicamentos.
- SI-CTA- Sistema de Informação dos Centros de Testagem Aconselhamento em Aids.

SIM - Sistema de Informação sobre Mortalidade.

SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação.

SISCEL - Sistema de Controle de Exames Laboratoriais da Rede Nacional de Contagem de Linfócitos CD4+/CD8+ e Carga Viral.

SPE – Saúde e Prevenção nas Escolas.

SUS – Sistema Único de Saúde.

UBS – Unidades Básicas de Saúde.

UDI – Usuários de drogas injetáveis.

UFPI – Universidade Federal do Piauí.

UNAIDS- Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS.

UNESCO - Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura.

UNFPA - Fundo de População das Nações Unidas.

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância.

UNIFEM - Fundo de Desenvolvimento das Nações Unidas para a Mulher.

USP – Universidade de São Paulo.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>17</b>
<b>2</b>	<b>CAMINHOS DA PREVENÇÃO: REVISITANDO CONCEITOS E PRÁTICAS.....</b>	<b>22</b>
<b>3</b>	<b>OS JOVENS E A EPIDEMIA DE HIV/AIDS NO BRASIL.....</b>	<b>32</b>
3.1	O ESTADO, OS JOVENS E A EPIDEMIA.....	39
3.2	A MILITÂNCIA DE JOVENS VIVENDO COM HIV/AIDS.....	43
<b>4</b>	<b>POLÍTICAS PÚBLICAS, DISCIPLINARIZAÇÃO DE CORPOS E GOVERNAMENTALIDADE.....</b>	<b>46</b>
4.1	OPERADORES CONCEITUAIS À REFLEXÃO DAS RESPOSTAS INSTITUCIONALIZADAS.....	55
4.1.1	Governando intimidades.....	61
<b>5</b>	<b>CONHECENDO PARNAÍBA E O DELTA.....</b>	<b>67</b>
<b>6</b>	<b>NOTAS METODOLÓGICAS.....</b>	<b>81</b>
6.1	OPERACIONALIZANDO A PESQUISA.....	84
6.2	INTERLOCUTORES DA PESQUISA.....	87
6.3	PROCEDIMENTOS.....	87
6.4	CUIDADOS ÉTICOS.....	90
<b>7</b>	<b>GOVERNANDO VIDAS: UMA LEITURA PSICOSSOCIAL DOS INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS.....</b>	<b>93</b>
7.1	APONTANDO CAMINHOS: CONTRIBUIÇÕES DA EPIDEMIOLOGIA NA PREVENÇÃO AO HIV/AIDS EM PARNAÍBA.....	93
7.1.1	Uma leitura crítica dos indicadores epidemiológicos.....	101
7.1.2	A problemática da raça nos estudos epidemiológicos.....	106
7.1.3	Os jovens e os números da epidemia de HIV/Aids em Parnaíba.....	114
<b>8</b>	<b>REFLEXÕES ACERCA DA PREVENÇÃO AO HIV/AIDS EM PARNAÍBA.....</b>	<b>119</b>
8.1	SENTIDOS NEGOCIADOS SOBRE O HIV/AIDS E JUVENTUDE.....	121
8.2	E QUEM SÃO OS JOVENS VISTOS PELO PROGRAMA MUNICIPAL E POR ELES MESMOS?.....	127
8.3	PRÁTICAS DE GESTÃO E GOVERNO DAS CONDUITAS SEXUAIS JUVENIS.....	135
<b>9</b>	<b>À GUIA DE CONCLUSÃO.....</b>	<b>145</b>

<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>150</b>
<b>APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....</b>	<b>161</b>
<b>ANEXO A – CARTAZ DIA MUNDIAL DE LUTA CONTRA A AIDS 2015.....</b>	<b>162</b>
<b>ANEXO B – PARNAÍBA NO DIA MUNDIAL DE LUTA CONTRA A AIDS – 2016.....</b>	<b>163</b>
<b>ANEXO C - UFPI REALIZA AÇÕES NO DIA 1º DE DEZEMBRO.....</b>	<b>165</b>
<b>ANEXO D - MAPA DE PARNAÍBA.....</b>	<b>166</b>
<b>ANEXO E – FOTO SATÉLITE DE PARNAÍBA.....</b>	<b>167</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A escrita desta tese corresponde e se confunde com nossa aproximação e estadia na cidade de Parnaíba, localizada na região do litoral piauiense. Cheguei nesse lugar por meio da aprovação em um concurso público para professor efetivo no curso de Psicologia da Universidade Federal do Piauí (UFPI), campus Ministro Reis Velloso, em 2014, mesmo ano que ingressei no doutorado.<sup>1</sup>

Parnaíba se mostrou bastante acolhedora, uma das experiências mais potentes, tanto no sentido de crescimento pessoal e profissional como acadêmico. Foi por meio desses ricos encontros com as pessoas, com as instituições atuantes nesse contexto e, especialmente, com as condições e os modos de vida dos seus habitantes, que escolhemos esse cenário como contexto da nossa pesquisa de doutoramento.

Recém-chegado na cidade, fui sendo apresentado a uma questão bastante sensível. Em uma das disciplinas que ministrei, *Seminários em Saúde Coletiva II*, os alunos trouxeram o caso de um jovem de 16 anos, que estava sendo acompanhado por eles no estágio no Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Esse rapaz havia se infectado pelo HIV ainda no útero materno, sua mãe acabou vindo a falecer durante sua infância e, agora, ele se recusava a continuar o uso da terapia antirretroviral. Mesmo sendo acompanhado pelo Serviço de Atenção Especializada, o jovem desistiu do tratamento e infelizmente, por decorrência das infecções oportunistas, veio a óbito, em novembro de 2014.

Esse caso provocou uma série de questões e me remeteu a um tema iniciado em 2010 no então Programa Municipal de DST/Aids de Maceió, quando eu era estagiário do programa e ficamos responsáveis por elaborar e executar uma proposta de intervenção junto aos jovens que haviam sido infectados por transmissão vertical.

Essas foram as primeiras provocações que nos mobilizaram a atuar da forma mais efetiva possível nesse cenário. Assim, inicialmente criamos um grupo de estudos na UFPI sobre o tema da juventude e HIV/Aids, com encontros quinzenais. No final de 2014, elaboramos um projeto de extensão e fomos contemplados com uma bolsa. Passamos, então, a desenvolver algumas atividades extensionistas nessa área, articulando o debate sobre juventude, sexualidade e prevenção ao HIV/Aids.

Com a realização dessa atividade, aproximei-me dos atores e atrizes que atuam na prevenção e assistência às pessoas vivendo com HIV/Aids na cidade. Devido a essa

---

<sup>1</sup> Na escrita desta tese, utilizamos duas pessoas verbais. A primeira do singular, quando se refere às experiências do autor da tese, e a primeira do plural, naquelas resultantes dos processos de negociação e dos encontros com os interlocutores, durante a escrita.

experiência prévia na minha graduação e na busca por parcerias institucionais para a realização do projeto de extensão, foi firmada uma cooperação com o Programa Municipal de HIV/Aids de Parnaíba.

Nos primeiros encontros com a coordenação e com os profissionais de saúde que atuam no Programa, foi exposto, por parte dos profissionais, o interesse de trabalhar junto aos jovens da cidade e, especialmente, com os universitários. Na busca por construtos teóricos que nos auxiliassem a compreender esses processos, os debates sobre governamentalidade nos foi de grande relevância. Em cada encontro com esses atores aparecia de forma sutil, no cenário da prevenção ao HIV, uma “disposição” para um processo de governo dos sujeitos por si na sua articulação com o outro (FOUCAULT, 2003a).

Dessa forma, em razão das provocações teóricas do doutorado, começamos a ponderar sobre essas estratégias de “gerir condutas” no ensejo da prevenção ao HIV, no âmbito das políticas públicas de saúde. Como produto das reflexões teóricas, do diálogo com os/as interlocutores/as e o contato com o cenário da pesquisa que subsidiou a escrita desta produção, o argumento central que defendemos ao longo da tese é que as políticas de saúde são artefatos socioculturais reguladores e produtores de formas de subjetivação, provocando agenciamentos nas relações do sujeito consigo mesmo, com os outros e com elementos dispostos na sociedade.

Esse texto doutoral também é produto da trajetória por terras piauienses, dos dois anos e cinco meses que estive em Parnaíba -PI. E, muito mais do que um processo de construção de uma pesquisa que visasse subsidiar a escrita de uma tese, foi um processo marcado de “estar/fazer-se” presente nesse campo de discussão, seja no intuito de apoiar algumas estratégias de prevenção que vinham sendo desenvolvidas pelos protagonistas locais, seja no sentido de provocar reflexões e ajudar na construção de algumas respostas combinadas.

Por isso, a tese como um texto acadêmico, configura-se como uma narrativa de tantas outras que poderiam ser produzidas, mas que diante das condições de possibilidades que tínhamos, foi aquela possível e que almejou os nossos objetivos.

O objetivo geral que nos guiou no decorrer desse percurso foi: analisar as estratégias de governamentalidade presentes na política de prevenção à juvenilização da Aids no Delta do Parnaíba. Como objetivos específicos: 1) Identificar acontecimentos, incidentes críticos e documentos que conformam o processo de construção da política de Aids no Delta, visibilizando aqueles que envolvem os jovens; 2) Mapear, por meio de um exercício protogenealógico, o contexto político ao qual a política está inserida; 3) Analisar narrativas e jogos de poder existentes entre os operadores “estatais” da política e usuários jovens.

Um dos principais autores cuja produção deu as bases para esta pesquisa, foi Michel Foucault (2008a; 2010), especialmente, em suas reflexões sobre o governo dos vivos. A escolha desse autor ocorreu pelos caminhos analíticos que a sua construção teórica permite. Contudo, fazemos uma ressalva: o exercício a que nos propomos não foi uma transposição das postulações foucaultianas, mas buscamos explorar como essas produções nos convidam a refletir sobre aspectos sensíveis ao debate que objetivamos realizar.

Didaticamente, o nosso texto está dividido em nove partes. A primeira parte, é essa apresentação, na qual exploramos de forma breve como foi desenvolvida a tese. A título de nomeação, as partes que apresentam uma reflexão teórico-conceitual foram denominadas de unidade. Na primeira unidade fazemos um exercício de revisão nos principais construtos teóricos que orientam as estratégias de prevenção ao HIV/Aids. Visibilizando as transformações nesse campo e os atuais cenários, no qual as respostas biomédicas ganham tônus em detrimento das respostas sociais.

Na segunda unidade, convidamos o leitor/a a refletir sobre os jovens e a epidemia de HIV/Aids no Brasil e de que forma esse grupo específico tornou-se objeto de governo do Departamento Nacional de IST/HIV/Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde e de alguns organismos internacionais, como as agências do Sistema ONU. Nessa parte do texto, também visibilizamos a atuação da militância jovem brasileira nesse debate das respostas institucionais à epidemia.

Na terceira unidade, realizamos um exercício reflexivo sobre as políticas públicas de saúde, os processos de governamentalidade presentes, bem como os artifícios para disciplinarização dos corpos. Para tanto, recorreremos também às teorizações acerca da biopolítica e do Estado enquanto elementos importantes nesse debate quando pensamos em estratégias de governo das vidas em nosso país. Assim, esses construtos teóricos configuraram-se como importantes para compreendermos o funcionamento das respostas institucionalizadas ao HIV/Aids no Brasil, no ensejo dos debates sobre o Sistema Único de Saúde e as políticas que operam a partir desse, inclusive as suas refrações no campo das “intimidades” dos sujeitos.

Na quarta unidade, apresentamos Parnaíba e a região do Delta do Parnaíba, localidade pouco conhecida pelos moradores do restante do país. Durante esse processo de apresentação, não discorreremos apenas sobre as características geográficas e os indicadores socioeconômicos. Ponderamos acerca de alguns aspectos políticos locais, que conformaram a criação de um programa de saúde voltado à prevenção e à assistência de pessoas vivendo com HIV/Aids na

região. Uma história marcada por muitas dores, processos de sofrimento e exclusão, mas que hoje conta com avanços e ganhos na forma de respostas institucionais.

Na quinta unidade, debatemos sobre o método que utilizamos na pesquisa e que nos ajudou na construção da nossa trajetória metodológica. Dessa forma, realizamos diálogos com alguns autores e autoras que nos convidam a fazer ciência a partir de outras perspectivas críticas ao “fazer ciência hegemônico”. Um saber localizado, como nos fala Donna Haraway (1995), a produção de um saber *no* cotidiano, segundo Mary Jane Spink (2007) e suas reflexões construcionistas sociais, e uma pesquisa implicada com uma transformação ético-estético-política do seu cenário, como nos provocam Eduardo Passos e Regina Benevides (2009), acerca daquilo que esses autores irão nomear de pesquisa-intervenção.

Assim, antes da realização das entrevistas e oficinas, construímos aquilo que, a nosso ver, foi uma das etapas mais importantes, difíceis e potentes. Convidamos pessoas e instituições que atuam na prevenção ao HIV e na assistência a pessoas que vivem com o vírus na região para construirmos juntos um fórum, com a proposta de que cada integrante, dentro das suas condições de possibilidades, colaborasse com as ações que viriam a ser desenvolvidas no âmbito da resposta à epidemia na cidade.

As análises das informações produzidas ao longo dessa trajetória da pesquisa/tese, está dividida em duas partes. Na sexta unidade, refletimos sobre as informações epidemiológicas acerca da epidemia de HIV/Aids em Parnaíba, que nos ajudam a compreender a dimensão desse agravo em saúde na cidade. Também compõem essa parte uma ponderação sobre os processos de governo das vidas, através de estratégias e procedimentos institucionais de modelagem das pessoas e de gestão da coletividade, bem como a importância do marcador “raça” como um potente determinante social na epidemia de HIV/Aids na região do Delta, finalizando com algumas considerações sobre os jovens e os números da epidemia em Parnaíba.

A sétima unidade diz respeito aos enunciados produzidos com os profissionais de saúde e com a gestora do Programa Municipal de HIV/Aids de Parnaíba, por meio de entrevistas, e também com os jovens, por meio de um ciclo com três oficinas. A linha argumentativa que desenvolvemos teve como objetivo visibilizar as aproximações e os distanciamentos presentes nas falas dos profissionais e dos jovens, e dentro do próprio grupo de jovens.

Assim, muito mais do que uma homogeneidade, buscamos trazer para o debate da prevenção ao HIV uma multiplicidade de argumentos que os nossos interlocutores da pesquisa elaboraram, e que nos ajudaram a reorganizar/reformular a compreensão sobre uma

política pública de saúde com foco nas questões da saúde sexual. Uma ideia que defendemos é que as políticas públicas são elementos produtores e reguladores de processos de subjetivação. Nesse sentido, uma estratégia governamental de prevenção ao HIV/Aids, com foco na juventude, deve sair de uma perspectiva de prevenção prescritiva para uma prevenção dialógica<sup>2</sup>, pautada em outras formas de produzir cuidado com a saúde.

Encerramos esse texto com as nossas considerações finais, que muito mais do que uma conclusão ou um ponto final nessa trajetória iniciada em 2014, inscrevem-se como um convite a novas reflexões, outras pesquisas, agora na Universidade Federal de Alagoas. Fecha-se um ciclo e inicia uma outra fase da trajetória, tomando como princípios dessa caminhada a saúde como direito de todos e dever do Estado brasileiro e a defesa de um Sistema Único de Saúde, universal, socialmente equânime e que possa ser efetivamente mais integral.

Esperamos que essa leitura possa ser agradável e que encontros possam ser tecidos!

---

<sup>2</sup> Nesse ponto, nos inspiramos nas reflexões que Mary Jane Spink faz no texto “A ética na pesquisa social: da perspectiva prescritiva à interanimação dialógica”, publicado na Revista Semestral da Faculdade de Psicologia da PUCRS, v. 31, n. 1, jan./jul, p 7-22, em 2000.

## 2 CAMINHOS DA PREVENÇÃO: REVISITANDO CONCEITOS E PRÁTICAS

Para a compreender a dinâmica que resultou na operacionalização das estratégias de prevenção ao HIV/Aids em Parnaíba, consideramos fundamental apresentarmos antes algumas questões conceituais acerca da prevenção ao HIV no cenário brasileiro mais amplo, destacando os primeiros esforços para conformação da resposta brasileira à epidemia.

Os primeiros casos notificados de HIV/Aids no Brasil ocorreram no início dos anos 1980, mais precisamente em 1982 (PARKER, 2000). Desses primeiros anos até hoje já se passaram quase quatro décadas e nesse período foram desenvolvidas uma série de estratégias com vistas à prevenção no campo da saúde, em nosso país, de modo articulado com outras políticas públicas, especialmente educação e direitos humanos.

Alguns autores, entre eles Richard Parker (2000), destacam os aspectos socioculturais e político-econômicos relacionados à transmissão do HIV, em um processo assinalado como a “dinâmica social da infecção pelo HIV” ou “história social da Aids”. Neste contexto, revisões dos modelos e teorias que orientam as ações de prevenção ao HIV/Aids no país têm sido realizadas. Como produto dessas revisões, destaca-se a dinamicidade presente no ensejo da prevenção ao HIV/Aids, bem como a diversidade de construtos teóricos utilizados.

A respeito dos aportes teóricos que pautaram as primeiras ações programáticas de prevenção no âmbito do HIV/Aids, alguns autores, dentre eles Edgar Hamann (1999), ponderam que inicialmente, ocorreu uma utilização dos pressupostos do behaviorismo e das teorias cognitivo-comportamentais. A forma de utilização dessas teorias psicológicas acabou por fomentar a construção de processos centrados no indivíduo, enfatizando a responsabilização, a autonomia e a tomada de decisão individual.

No plano das respostas programáticas, as primeiras ações de prevenção ao HIV/Aids no Brasil consistiam na veiculação de informações básicas sobre as formas de transmissão do HIV e prevalecendo, principalmente nas instâncias governamentais, uma abordagem alarmista, caracterizada pela formação de dois polos: o dos “culpados” pela disseminação do vírus (homossexuais, usuários abusivos de substâncias psicoativas, “promíscuos”) e o das “vítimas” (crianças e hemofílicos) (MONTEIRO, 2002).

Entre os anos de 1982 e começo dos 1990 no Brasil, foram utilizados de forma hegemônica quatro esquemas interventivos baseados nas teorias cognitivo-comportamentais, a saber: 1) o modelo de “crenças em saúde”; 2) a teoria da auto-eficácia; 3) o modelo de “estágios de mudança” e; 4) o modelo de redução do risco da Aids, tendo sido este último formulado a partir da epidemia de HIV/Aids. Ao considerarmos cada um deles, de maneira

breve, é possível identificar os aspectos que eram utilizados para subsidiar as ações de prevenção, tomando por base a esquematização proposta por Simone Monteiro (2002).

O modelo de “crenças em saúde” se caracterizava pela ênfase no conhecimento, nas atitudes e crenças das pessoas, com ênfase no que elas possuíam em termos de suscetibilidade à doença, bem como os benefícios relacionados à adoção de práticas preventivas de cuidados com a saúde.

O outro modelo, baseado na teoria da auto-eficácia, se caracterizou pela possibilidade de analisar em que medida a percepção individual dos ganhos provocada com a mudança das práticas contribuía nas ações dos sujeitos.

O modelo de “estágios de mudança” foi importante na medida em que propunha uma esquematização sequencial das motivações pessoais envolvidas nas mudanças das práticas das pessoas, possibilitando organizá-las, de forma didática, por meio das seguintes etapas:

- a) pré-contemplação (não há intenção de mudanças);
- b) contemplação (reconhece a necessidade de mudanças);
- c) preparação (planejamento da mudança);
- d) ação (execução prática do planejamento) e;
- e) manutenção (sustentação da mudança, mesmo diante de pressões).

O último modelo, o da redução do risco da Aids, por sua vez, combinava elementos das três proposições anteriormente citadas, relacionando as fases de alteração das práticas individuais (percepção do risco, compromisso com a mudança, realização e manutenção desta) e realizando uma adaptação do “comportamento sexual” e uso de drogas injetáveis.

Embora apresentem singularidades, o que essas quatro formas de compreensão e suas variações tem em comum é a tendência em minimizar os contextos socioculturais, não levando em consideração o cotidiano das pessoas. Como afirma Parker (1998), impedimentos de ordem estrutural e no campo das políticas sociais, se colocaram como limitadores no que diz respeito à aplicabilidade e ao alcance desses construtos teóricos, especialmente nas intervenções de maior escala, em níveis mais coletivos, comunitários e, até mesmo, em outras populações.

Concomitantemente com o avanço dos estudos epidemiológicos sobre o HIV também se passou a utilizar, de uma forma crescente, os conceitos da epidemiologia. José Ricardo Ayres e colaboradores (1997), por exemplo, ponderam que a contribuição da epidemiologia na construção da história social da Aids, vem antes mesmo do isolamento do vírus. Os primeiros programas de prevenção no território brasileiro passaram a adotar como referência a

abstinência e o isolamento, recomendando “não ter relações sexuais, não doar sangue, não usar drogas injetáveis” (AYRES et. al., 1997).

Um exemplo marcante dessa articulação que visou transpor o saber epidemiológico na estruturação de respostas programáticas e ações de prevenção ao HIV/Aids, foi a utilização do conceito de grupos de risco, em especial o 5H (homossexuais; hemofílicos; haitianos; heroínômanos - usuários de heroína injetável; e prostitutas [*hookers*, em inglês]). Nessa compreensão inicial, a disseminação do HIV estava restrita a esses grupos, em razão de que os primeiros casos notificados serem em pessoas que compunham esses agrupamentos.

À exceção dos hemofílicos, as ameaças que esses grupos representavam eram de ordem, sobretudo, moral. O controle que viria a ser feito era um controle moral e tal posicionamento produzia eco nas informações divulgadas sobre a nova doença que era: 1) altamente contagiosa; 2) incurável e; 3) fatal. Esses três aspectos eram amplamente difundidos na mídia<sup>3</sup> e acabaram por fomentar repertórios interpretativos<sup>4</sup> sobre a Aids, tratando-a como sinônimo de sentença de morte, transmitida por via sexual, em processos baseados no medo, no temor. Dessa forma, a Aids acabou por se configurar como uma entidade mórbida, que poderia “ultrapassar os limites” se não fosse contida pela rígida observância da moralidade (DANIEL; PARKER, 1991).

Nesse cenário, o conceito de “grupo de risco” acaba se consolidando como categoria central para a compreensão da epidemia, tanto no âmbito acadêmico-científico, como entre os movimentos sociais e demais setores da sociedade (BASTOS, 1996). Francisco Bastos (1996), destaca o jogo de construção dos saberes sobre a epidemia de HIV/Aids, em que muitas “verdades científicas” eram produzidas a partir de valorações morais, que correspondiam aos conteúdos preconceituosos da sociedade.

A partir desse movimento, passaram a ser construídas e institucionalizadas uma gama de violações de direitos, sobretudo pelos imaginários “cordões de isolamento” entre as pessoas sadias e as outras que, supostamente, eram mais passíveis de serem infectadas, produzindo certa sensação de “imunidade” às pessoas que não tinham determinadas características.

Os primeiros anos da epidemia foram marcados por essa indefinição entre o conhecimento científico e aquele produzido no senso comum. Essa mescla ocorreu por se

---

<sup>3</sup> Segundo Aureliano Biancarelli (1997), entre setembro de 1987 a dezembro de 1996, o jornal Folha de S. Paulo publicou 7.074 matérias que, de alguma maneira, tinha como referência à Aids; ou seja, nesse intervalo de nove anos, foi publicada uma média de duas matérias por dia sobre a epidemia ou o HIV.

<sup>4</sup> Repertório interpretativo é, segundo Potter e Wetherell (1987), o conjunto de termos, descrições, lugares comuns e figuras de linguagem, agrupadas em torno de metáforas ou imagens, usados na linguagem cotidiana.

tratar do surgimento de uma nova patologia, sobre a qual não havia uma reflexão científica consolidada, no entanto, cabe destacar também que tal processo de deve, sobretudo, aos conteúdos simbólicos que a emergência da Aids trouxe à pauta (SCHALL; STRUCHINER, 1995).

Assim como ocorreu em outros lugares, no contexto brasileiro, as estratégias de prevenção eram direcionadas a segmentos da sociedade considerados por essas teorizações, como possuindo um risco maior à infecção do que os demais componentes da população. Isso contribuiu para que a população não se identificasse com as ações de prevenção, pela forte vinculação que possuíam com os “grupos de risco”.

Paralelo ao aumento do número de pessoas vivendo com o HIV/Aids no Brasil, ocorreu a mobilização de diversos setores da sociedade, cobrando respostas estatais para que fossem estruturadas ações programáticas e estratégicas para a prevenção ao HIV. Além dessas iniciativas de âmbito mais governamental, começaram a surgir ações da sociedade civil organizada, das universidades, das agências do Sistema ONU, entre outros.

A primeira organização não governamental brasileira, especializada na luta contra a Aids foi o “Grupo de Apoio e Prevenção à Aids”, o GAPA, criado em 1985, na cidade de São Paulo -SP. Nesse mesmo ano também surgiu o primeiro programa estadual de enfrentamento e prevenção ao HIV/Aids no Brasil, na Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo -SP (SIMÕES; FACCHINI, 2009). Desde a sua criação, o GAPA cresceu rapidamente, pois congregava voluntários, ativistas políticos e pessoas ligadas ao movimento homossexual (DANIEL; PARKER, 1991). Atualmente, esse grupo constitui uma rede espalhada em diversas partes do país, ofertando um atendimento psicossocial às pessoas vivendo com HIV, além de oferecer um sistema de informações sobre o HIV/Aids de fácil acesso (PAZ, 2000).

Também na segunda metade da década de 1980 e começo dos anos 1990, foram surgindo outros grupos, como a Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (ABIA), em 1987, no Rio de Janeiro/RJ; o “Grupo pela Vida” – Valorização, Integração e Dignidade do Doente de Aids (primeiro grupo no Brasil formado por pessoas vivendo com HIV), também em 1987 no Rio de Janeiro/RJ; e o “Grupo de Incentivo à Vida” (GIV), também criado por pessoas vivendo com HIV/Aids, no ano de 1990, em São Paulo- SP (SIMÕES; FACCHINI, 2009). O que essas e outras organizações da sociedade civil pautavam era a garantia de direitos, bem como o acesso e divulgação de informações qualificadas, o acesso à saúde, além da denúncia da discriminação para com as pessoas que vivem e convivem com o HIV/Aids (NASCIMENTO, 2005).

Nesse mesmo período, ocorre a formação de grupos religiosos, alguns liderados por estrangeiros, que traziam novas e úteis informações sobre o HIV. Esses grupos também foram importantes nos esclarecimentos acerca da doença e no fomento de ações de solidariedade entre as pessoas que viviam com HIV e seus familiares (DANIEL; PARKER, 1991).

Em 1993, ocorre uma articulação entre o movimento social da Aids e as instâncias do Governo Federal, além de uma aproximação com o Banco Mundial (MARQUES, 2003). Isso porque a então Coordenação Nacional de Aids reconheceu que a participação da sociedade civil era imprescindível na prevenção ao HIV/Aids, bem como auxiliava na negociação de financiamentos com os organismos internacionais.

A cooperação internacional com esses órgãos, principalmente com os do Sistema ONU, foi importante no que diz respeito ao levantamento de aportes financeiros e para assegurar um instrumental que garantisse intervenções de cunho não discriminatórias, em relação às pessoas vivendo com HIV/Aids (TEIXEIRA, 1997).

Assim, os movimentos sociais passam a assumir um papel preponderante no planejamento de ações programáticas de prevenção ao HIV, no combate ao preconceito e na luta por direitos trabalhistas. A título de ilustração, uma dessas ações foi o Disque-Aids<sup>5</sup>, coordenado pelo grupo Pela Vida, em funcionamento até os dias atuais, e que tem como objetivo informar e esclarecer dúvidas sobre o HIV/Aids (NASCIMENTO, 2005).

Contudo, o que vai caracterizar as respostas estatais brasileiras e ações desenvolvidas no âmbito do Estado com foco na prevenção, desde a década de 1980, é a ampla utilização de discursos biomédicos, sendo recorrente a posição crítica do movimento social de Aids a essa forma de condução, especialmente pela desconexão entre os modelos teórico-epidemiológicos utilizados pelos programas de HIV/Aids e os contextos socioculturais da doença no país. Essas tensões entre o movimento social e setores governamentais têm provocado algumas mudanças na compreensão da epidemia e condução das ações desenvolvidas e nas estratégias utilizadas com vistas à prevenção e à assistência.

Um exemplo foi a substituição do conceito de “grupo de risco” por “comportamentos de risco” ou “práticas de risco”, após numerosas críticas, configurando-se, em alguma medida, um avanço em relação à conceituação anterior (BASTOS, 1996). A partir dessa proposição, passam a ser desenvolvidas outras estratégias de prevenção, a exemplo do controle dos bancos de sangue, as ações de redução de danos (como por exemplo, trocas de agulhas e seringas), entre outros (AYRES et. al, 1997).

---

<sup>5</sup> O Disque – Aids está em funcionamento através do telefone (0xx21) 2518-2221, de segunda a sexta-feira, das 12 as 18horas. Mais informações: <http://www.pelavidda.org.br/disqueaids.html>. Acesso em: 05 fev. 2017.

Entretanto, mesmo com essa mudança conceitual, traduzida nos “comportamentos que qualquer pessoa possa realizar”, marcando um referencial coletivizado, ela apresenta algumas limitações importantes, pois acaba por reforçar um processo de culpabilização vigente no surgimento da epidemia (ALMEIDA; BARBOSA, 1992).

O caminho encontrado para superar essa perspectiva de culpabilização, foi a noção de “vulnerabilidade” formulada por Jonathan Man e Daniel Tarantola (1994). Esse “modelo”, mesmo não tendo sido utilizado inicialmente como uma alternativa à concepção de risco, se configurou como um aporte teórico potente, pois possibilitou englobar não apenas elementos de ordem individual, mas fatores de ordem estrutural e macrossociais.

É a interação entre esses elementos que colocam determinados segmentos e populações mais vulneráveis ao HIV. Uma característica interessante da discussão sobre a noção de vulnerabilidade é que ela demarca o HIV/Aids como uma doença da sociedade, além de possibilitar que cada contexto produza as respostas, com vistas à prevenção, a partir da realidade local (ROCHA, 1999).

A esquematização básica do “modelo” orientado pela noção de vulnerabilidade se baseia em três planos inter-relacionados (AYRES, et. al., 2003), a saber:

a) a vulnerabilidade individual, relacionada aos fatores cognitivos e comportamentais, que diz respeito às condutas que possibilitam as pessoas se infectarem e/ou adoecerem, nas diversas situações já conhecidas de transmissão do HIV;

b) a vulnerabilidade programática e/ou institucional, que está relacionada com a informação, a oferta e acesso à educação, aos serviços de saúde, ao investimento em programas de HIV/Aids, entre outros; ou seja, está associada à (in)existência de políticas e ações organizadas que permitem a prevenção ao HIV, e;

c) a vulnerabilidade social, que corresponde a aspectos sociais, políticos e culturais combinados, a exemplo das relações de gênero, estruturas de governo, matrizes religiosas, desigualdade social, etc.

**Figura 1** -Três planos inter-relacionados da prevenção ao HIV.



**Fonte:** Próprio autor.

A conjugação dos três níveis desse plano possibilita a construção de estratégias para a prevenção e controle da epidemia. Também no ensejo dessa discussão, José Ricardo Ayres e col. (2003) vão definir a vulnerabilidade ao HIV e à Aids como um conjunto de elementos, individuais e coletivos que estão conectados a dois aspectos importantes: o grau e as formas de exposição à infecção e adoecimento pelo HIV. Estes autores ressaltam, também, que estes dois aspectos são indissociáveis, em razão do maior ou menor acesso a recursos adequados para se proteger da infecção e/ou adoecimento.

O modelo da vulnerabilidade provoca um deslocamento na compreensão da própria epidemia, fortemente baseada em um modelo epidemiológico de risco, possibilitando a reorientação das ações em saúde, ao incluir os elementos estruturais e históricos que vulnerabilizam as pessoas ao HIV/Aids (PARKER, 1997). Nesse sentido, Ayres (1996) chega a afirmar que o modelo da vulnerabilidade permite uma reconstrução das práticas de saúde, especialmente em termos coletivos, no que diz respeito às ações de prevenção. Dessa forma, as ações de prevenção não se limitam ao indivíduo e/ou aspectos mais singulares. As ações de prevenção devem se pautar através da própria dinâmica de cada contexto que (re)criam e conformam as possibilidades de proteção e exposição a epidemia (BASTOS, 1996; AYRES et. al. 1997).

Nesse ponto, Parker (2002) destaca que o debate sobre violência estrutural talvez se configure de forma mais relevante que a questão da vulnerabilidade social. Segundo esse

autor, a epidemia de HIV/Aids se move através de “manifestações” de violência estrutural, a exemplo da pobreza, da exploração econômica, das desigualdades de gênero, do racismo, entre outros. Sendo, portanto, o cruzamento entre esses vários eixos que ultrapassa as experiências individuais, que evidenciam a complexidade social dos processos de vulnerabilidade.

Além disso, Parker (2002) discorre que essa compreensão de violência estrutural evidencia a superação da ideia de risco individual. Dessa maneira, o grande avanço em termos de teorização sobre a prevenção ao HIV/Aids foi o deslocamento do conceito de risco comportamental para o conceito de vulnerabilidade social. Isso porque, tal deslocamento permite com que as ações de prevenção deixem de enfatizar a mudança comportamental e passem fomentar aquilo o autor chama de intervenção estrutural: aquela que não é realizada através de decretos, mas construída nas intervenções comunitárias, nas ações mais capilares.

Em termos de modelos de prevenção, ao longo das últimas décadas, podemos identificar dois eixos paradigmáticos: o primeiro, centrado nas práticas individuais, que pautam uma racionalidade em que a quantidade de informação se configura como um elemento importante em uma “consciência” do risco, que estimula mudanças comportamentais, e; o segundo, envolve uma proposta que enfatiza os processos socioculturais e a determinação social da saúde-doença-cuidado, na qual se torna fundamental a garantia dos direitos e do estatuto de cidadania (PARKER, 1997).

Assim, nesse exercício de revisitar os modelos de prevenção existentes no Brasil, a mudança mais importante ao pensar as estratégias de prevenção ao HIV/Aids tem sido a superação dessa primeira compreensão, a partir da qual o HIV aparece como patologia “endêmica” de determinados grupos, logo, romper com a compreensão de “grupos de risco”, por meio do deslocamento para a noção de vulnerabilidade. Sem, contudo, negar que a transmissão ocorre através das práticas das pessoas, é importante visibilizar os fatores existentes na sociedade que fazem com que algumas pessoas e/ou grupos estejam mais vulneráveis que outros, e que esses elementos aceleram a expansão da epidemia de HIV/Aids.

No entanto, mesmo com toda a discussão sobre as determinações sociais acerca do fenômeno da Aids, ela acaba sendo compreendida fortemente por uma perspectiva “biomedicocentrada”, e assim, em alguma medida, a prevenção acaba sendo reduzida a uma questão individual, principalmente quando os recursos para o financiamento da prevenção tornam-se escassos (PARKER, 2015).

Nos primeiros anos do século XXI, as estratégias de prevenção à Aids ainda enfocavam esta como um agravo incurável, mas atrelando o sexo ao prazer e a precaução. O

sexo que anteriormente era associado à morte, passa a ser ligado ao prazer e à responsabilidade, não mais à culpa. Nesse ponto a responsabilidade está ligada diretamente ao uso do preservativo (MORAIS; AMORIM, 2011, OLIVEIRA, 2015).

A partir dos anos 2000, as campanhas apresentam como frase de efeito “Não importa de que lado você está. Use camisinha”, com a proposta de se tornar cada vez mais abrangentes as mensagens de prevenção ao HIV, e possuindo, como mensagem principal, a utilização do preservativo em qualquer relação sexual e abordando questões importantes como o respeito à diversidade e à diferença, às orientações e escolhas sexuais (MORAIS; AMORIM, 2011).

Nos anos mais recentes, é possível identificar uma especialização do público alvo das ações programáticas, a exemplo dos homens jovens, das mulheres negras, mulheres de meia idade, homens que fazem sexo com outros homens, travestis, etc. Entretanto, vale destacar a ponderação feita por Josi Paz (2000), para quem essas mensagens podem vir a representar os estereótipos dos principais grupos atingidos pelo HIV, segundo os dados epidemiológicos.

Como afirma Maria Helena de Oliveira (2015), atualmente há um privilégio nas ações de diagnóstico e tratamento precoces, como as profilaxias pré e pós exposição, ou seja, no âmbito da prevenção, passa a atuar uma perspectiva biologizante centrada em prescrições medicamentosas. Tais ações estão sendo utilizadas, principalmente, junto a homens jovens, homens que fazem sexo com outros homens, profissionais do sexo, pessoas trans e usuários de drogas injetáveis (UNAIDS, 2012).

Com a crise no financiamento das organizações da sociedade civil (Organizações não governamentais e outros coletivos, por exemplo), o que vemos hoje é a falência dessa estrutura que pauta respostas sociais, politicamente orientadas, para fazer frente à epidemia de HIV/Aids. Muitas dessas instituições e coletivos, nos últimos anos, têm encontrado dificuldades para financiar as suas ações e algumas delas chegaram a encerrar as suas atividades (AGÊNCIA DE NOTÍCIA DA AIDS, 2012). Nesse sentido, o papel desempenhado pelo Governo Federal é, como destacou Silva (1998), tutelar, inclusive nos projetos que o movimento de Aids executa. Dessa forma, a formulações feitas pelas organizações sociais acabam sendo adaptadas à racionalidade presente nas ações estatais, ou, dito de outra maneira, a “efervescência social acaba sucumbindo à burocracia estatal”, criando um cenário de críticas mais brandas (SILVA, 1998, p. 138).

Não existem caminhos fáceis e/ou soluções rápidas para a melhor condução das ações de prevenção ao HIV/Aids. O que se coloca como um desafio é a elaboração de estratégias de prevenção pautadas cada vez menos em termos de grupos populacionais específicos. Dessa forma, concordamos com Ayres (2003), naquilo que esse autor chama de prevenção em

contextos de intersubjetividade<sup>6</sup>, em que, ao invés de investimos em grupos prioritários e/ou populações chaves, devemos buscar compreender as relações que são socialmente estabelecidas entre os diversos grupos populacionais, com ênfase nas práticas que emergem dessas interações.

---

<sup>6</sup> Esse foi o conceito de prevenção que utilizamos na condução da pesquisa que subsidiou a escrita da tese, bem como foi a partir deste, na interface com outras referências que nos ajudaram a compreender os processos de prevenção ao HIV/Aids em jovens, na cidade de Parnaíba.

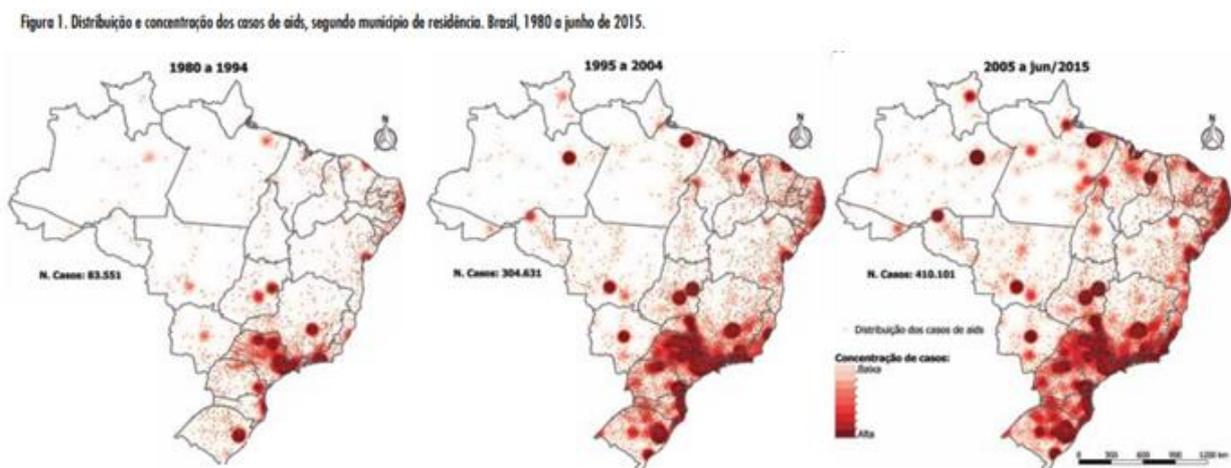
### 3 OS JOVENS E A EPIDEMIA DE HIV/AIDS NO BRASIL

A trajetória do HIV/Aids em Parnaíba assemelha-se com o percurso do vírus em outros lugares do Brasil. Dessa maneira, o Programa Municipal de HIV/Aids segue as diretrizes e os protocolos nacionais, bem como os movimentos sociais presentes na cidade articulam-se com os movimentos nacionais. Por isso, para compreender a configuração do HIV em Parnaíba, é necessário dialogar com as reflexões e as informações produzidas nacionalmente.

A política pública brasileira de resposta a Aids é reconhecida como um modelo para outros países, sobretudo porque se pauta na oferta universal e gratuita de antirretrovirais e medicamentos para as doenças oportunistas decorrentes da fragilidade do sistema imunológico, através do Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, ela também se caracteriza por possuir um diálogo permanente com os movimentos sociais e setores das universidades, tanto nas estratégias de prevenção ao HIV quanto na assistência às pessoas vivendo com o HIV.

O acesso universal à terapia antirretroviral produziu uma diminuição significativa nas taxas de morbidade e mortalidade. Entretanto, hoje, vivenciamos a terceira década da epidemia de HIV/Aids no Brasil e, nesse sentido, alguns desafios são colocados à prevenção e controle da epidemia. Esta se caracteriza como um problema de saúde em constante transformação ao atingir, cada vez mais, uma diversidade de segmentos da sociedade, entre os quais destacam-se os estratos sociais menos favorecidos economicamente. Além disso, a epidemia tem se expandido para locais que, até então, não haviam registrado sua presença

**Figura 2** – Distribuição e concentração dos casos de Aids, segundo município de residência Brasil, 1980 a junho de 2015



**Fonte:** Boletim Epidemiológico de HIV/Aids, Ministério da Saúde, 2015.

A figura acima apresenta o mapa do Brasil e ilustra como se deu o processo de difusão dos números de casos notificados de HIV pelo território nacional, inicialmente registrados nos grandes centros urbanos, em três intervalos de tempo, a saber: 1) entre os anos de 1980 a 1994, os primeiros anos da epidemia no país; 2) entre os anos 1995 a 2004, e; 3) 2005 a junho de 2015.

Autores como Euclides Castilho et al (2000) já assinalavam que, além da epidemia nacional, existem subepidemias regionais com características próprias, não possuindo um perfil epidemiológico único em todo o território nacional. Essas subepidemias são definidas a partir das diferentes inter-relações sociais existentes no vasto território nacional. Isso faz com que a análise espacial do HIV/Aids no Brasil seja descrita como uma pandemia multifacetada e, nesse sentido, necessita que os esforços preventivos sejam intensificados e pensados de modo singular.

Além desses aspectos, uma série de questões configuram-se como obstáculos, sobretudo, na sustentabilidade das ações que incluem a dimensão orçamentária, o cuidado com as pessoas vivendo com HIV/Aids e os novos “perfis” da epidemia no Brasil. Essa abordagem orienta-se pelas mudanças que ocorrem no perfil epidemiológico da doença, a partir da década de 1990, que exigem novas/outras formas de planejar e estruturar respostas ao enfrentamento da epidemia, especialmente, aqueles referentes ao aspecto da prevenção, como os marcadores de raça, gênero e idade.

A compreensão dos mecanismos de transmissão do HIV/Aids e dos fatores socioculturais envolvidos nessa dinâmica é de importância fundamental para orientar/redimensionar as ações com enfoques individuais, coletivos e, especialmente, governamentais, que objetivem desacelerar a disseminação da epidemia.

Assim, essa segunda unidade versa sobre a complexidade atual da epidemia, realizando um diálogo com autores da epidemiologia e das ciências humanas na saúde, refletindo sobre as ações que foram/são desenvolvidas com vistas à prevenção ao HIV/Aids, a partir do debate sobre a juvenilização da Aids no Brasil. Esse configurou-se como um aspecto bastante visibilizado na mídia, bem como pelo Departamento de IST/HIV/Aids do Ministério da Saúde e das agências do Sistema ONU que atuam no Brasil.

Antes de iniciarmos a discussão sobre a relação da juventude com a epidemia de HIV/Aids, é necessário realizar um breve retrospecto histórico, uma vez que, nos primeiros anos da epidemia no Brasil, os jovens não eram considerados um “grupo vulnerável” ao HIV. Dessa forma, não figuravam como um dos públicos-alvo das ações de prevenção, apesar dos

casos midiaticizados serem todos em homens jovens, como o cantor Cazuza (símbolo da juventude nos anos 1980).

Somente na década de 1990 é que foram formulados alguns programas e projetos de prevenção que começaram a realizar algumas atividades com foco nos jovens, sobretudo, nas escolas. Isso porque passou a ser difundida uma compreensão de que o trabalho com esse grupo era fundamental, tendo em vista que os jovens, em breve, também comporiam a parcela da população mais afetada pelo vírus. Além disso, eles estariam vivenciando aquilo que os planejadores das políticas de Aids denominaram de maior frequência do exercício da sexualidade (ROCHA, 1999).

Segundo Vera Paiva (2000), no Brasil, as primeiras atividades de prevenção direcionadas aos jovens, nos ambientes escolares, eram compostas por três eixos: a) uma discussão sobre sexualidade; b) uma sobre saúde reprodutiva e; c) a terceira sobre as IST/HIV/Aids. Entretanto, como afirma a autora, o “ensino” da prevenção pautava-se na transmissão de informações como “faça sexo seguro e use sempre camisinha”, ou seja, reforçava um uso compulsório do preservativo peniano em todas as relações sexuais. Essa forma de condução acabava por não produzir a adoção de práticas sexuais mais seguras. Nesse ponto vale uma ponderação: não ter acesso à informação sobre as formas prevenção ao HIV constitui um grande desafio e compõe o quadro das vulnerabilidades ao vírus, no entanto apenas a informação em saúde não se constitui como elemento que encerre o ciclo de infecção pelo HIV.

Segundo Paiva (2001), da mesma forma como ocorreu com outros segmentos da população, as ações de prevenção para os jovens utilizavam pressupostos do behaviorismo e das teorias cognitivo-comportamentais. Assim, os projetos desenvolvidos buscavam promover práticas de proteção ao HIV por meio da educação, já que através desta era possível ensinar o sexo seguro.

Essa abordagem “pedagógica” orientava o exercício da monogamia e o adiamento da iniciação sexual entre jovens. Vale ressaltar que até hoje essas orientações ainda se fazem presentes nas estratégias de prevenção ao HIV/Aids nos jovens. Por exemplo, em algumas ações que participamos e/ou desenvolvemos em Parnaíba reproduzimos essa forma de funcionamento. Assim, além de retornar à monogamia e ao adiamento da iniciação sexual como formas de prevenção, algumas campanhas tinham como referências propostas educativas que apresentavam uma formatação normativa. Apresentavam “receitas” para não contrair o HIV, baseando-se na crença de que a transmissão correta de informações, com vista a uma vida regrada e saudável, era capaz de produzir práticas sexuais seguras.

Dessa maneira, mesmo constituindo um eixo de trabalho, a sexualidade não era abordada de forma clara, bem como não se debatia o que viria a ser um “sexo seguro”. Além disso, os primeiros materiais de comunicação em saúde eram tímidos, no sentido de que não traziam informações sobre o sexo e prevenção, mas utilizava o medo como estratégia à prevenção. Tais elementos e sua disposição não fomentavam uma reflexão sobre a prevenção, além de que os jovens não se viam representados nos materiais até então produzidos (PAIVA, 2000).

Também vale ressaltar que a discussão sobre juventude e o HIV/Aids que ocorria no Brasil estava em sintonia com as reflexões produzidas em outras partes do globo. A literatura internacional que trata do assunto pode nos ajudar a entender os desafios e as dificuldades que enfrentamos e que ainda se colocam no trabalho da promoção à saúde sexual e à prevenção da Aids.

De forma distinta das experiências de outros países, que possuem uma maior independência e autonomia dos organismos internacionais, as primeiras ações estruturais acerca da epidemia de HIV/Aids no Brasil tiveram como referência, em termos programáticos, as diretrizes do Programa Global de Aids, da Organização Mundial da Saúde e da própria Organização Pan-americana da Saúde, que fomentam fortemente os programas nacionais dos países em desenvolvimento (PARKER, 1997; TEIXEIRA, 1997).

Segundo Ingham (1992), visando analisar os paradigmas que embasavam o trabalho de prevenção com os jovens, foi realizada, no início dos anos de 1990, uma revisão dos posicionamentos teóricos que orientavam tanto os estudos científicos, como baseavam as ações de intervenção, em nível brasileiro e global. Nesse exercício, foram identificados quatro eixos teóricos que eram utilizados na compreensão das práticas sexuais dos jovens aqui no Brasil e em outras partes do mundo, a saber:

- a) uma abordagem centrada nas diferenças individuais (mensurando padrões de comportamento sexual, atitudes e níveis de conhecimento);
- b) uma linha que visava uma modelagem do comportamento (com foco na comunicação, negociação sobre o uso do preservativo e a pressão dos pares);
- c) uma terceira que tinha como foco os scripts sexuais e os discursos que são produzidos (discorrendo sobre os significados das práticas sexuais em várias comunidades) e;
- d) aqueles que levavam em consideração as dimensões estruturais, a exemplo das normas de gênero e as questões socioeconômicas.

A avaliação realizada foi que, com exceção do primeiro, que contribuía muito pouco para o planejamento de intervenções apropriadas em que o objetivo era a adoção de práticas preventivas, todas as demais forneciam elementos importantes (INGHAM, 1992).

Um outro estudo foi realizado na segunda metade dos anos 1990 (UNAIDS, 1999) também com o objetivo de revisar e avaliar quais os pressupostos que estavam sendo utilizados. Esse concluiu que as quatro abordagens ainda permaneciam como hegemônicas na elaboração de estratégias de prevenção ao HIV/Aids com os jovens, destacando que a mudança ocorrida foi um aumento na preocupação com os fatores culturais e estruturais. A pesquisa também apontou um interesse, por parte dos pesquisadores, em jovens que se encontram em situação de vulnerabilidade e violação de direitos, a exemplo dos jovens que estão em situação de rua e aqueles que estão na prostituição juvenil.

Outros aspectos também relevantes desse estudo foi a denúncia de que cada vez mais os jovens possuem um alto nível de informação sobre as formas de infecção e de como se proteger do HIV. Entretanto, esse conhecimento não se traduz em mudanças nas práticas sexuais, nem na adoção de práticas preventivas. Os estudos desenvolvidos com jovens fora do ambiente escolar apontam questões pertinentes ao planejamento das estratégias de prevenção, sobretudo, pela inadequação do modelo “escolha racional, percepção de risco e tomada de decisão”, pois em situações de violência/opressão como sexo coercitivo, contextos machistas e com grandes índices de miserabilidade, a vulnerabilidade ao HIV está além de uma decisão individual (UNAIDS, 1999).

Ainda no final dos anos 1990, após a multiplicação de experiências de trabalhos com a população juvenil, foram realizados alguns estudos que tinham como foco avaliar os programas de prevenção e educação sexual junto aos jovens. As informações encontradas vão de encontro a algumas ideias moralmente preconcebidas, desconstruindo algumas críticas realizada por setores/grupos conservadores as estratégias de prevenção, a exemplo: 1) A educação sexual ou a prevenção ao HIV/Aids atuam como um estímulo à prática da atividade sexual e; 2) Os programas de prevenção não protegem os jovens que já são sexualmente ativos das infecções sexualmente transmissíveis e nem reduzem as gravidezes indesejadas. Além disso, essa pesquisa traz algumas recomendações, entre elas, reconhecer que os jovens compõem um grupo heterogêneo e as estratégias de intervenção devem levar em consideração essa multiplicidade, e que a educação sexual também deve levar em consideração as construções sociais de gênero e os contextos em que estas se desenvolvem (UNAIDS, 1997).

Dessa forma, como já ponderava Vera Paiva (1996), o “poder dos hormônios”, característica bastante atribuída à juventude, vem justificando a urgência e a relevância de se

trabalhar junto aos jovens por parte dos profissionais de saúde. Ao longo das últimas décadas, é possível observar algumas mudanças a respeito da cultura sexual e de gênero brasileira, mudanças fortemente fomentadas pelos movimentos sociais.

Os movimentos feministas e LGBT trouxeram à tona questões que eram inviabilizadas na sociedade da brasileira. Esse outro nível do debate permitiu a formulação de políticas públicas específicas que reconhecem as questões relacionadas aos diferentes gêneros, responsabilizando o Estado pela garantia de algumas ações, a exemplo do 4º Plano Nacional de Direitos Humanos (2009) e da Política Nacional de Saúde Integral Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (2013).

Além disso, no aspecto mais acadêmico, a produção do conhecimento sobre as sexualidades juvenis vem sendo debatida em alguns campos disciplinares, como a sociologia, a antropologia, a própria psicologia social, produzindo análises mais complexas e histórico e culturalmente determinadas.

São essas iniciativas que contribuíram para pôr o tema da sexualidade na pauta da sociedade, por meio de repertórios que vão muito além dos discursos morais e religiosos. A atuação dos movimentos feministas e LGBT, bem como as mídias e as novas tecnologias de comunicação, instituições da sociedade civil organizada, além das fundações e agências de cooperação internacional, influíram para uma maior tolerância social a respeito da sexualidade, produzindo efeitos na vida sexual dos próprios jovens (ARILHA; CALAZANS, 1998).

Entretanto, como afirma Vera Paiva (1996), as estatísticas produzidas pelo Ministério da Saúde sobre o HIV/Aids reelaboraram a sexualidade juvenil como um problema social, realimentando compreensões com vista ao controle da sexualidade, sobretudo por destacar as consequências negativas das práticas sexuais dos jovens. Assim, alguns sentidos socialmente produzidos sobre os jovens ganham força, como a irresponsabilidade, o descontrole, a imaturidade.

Por isso, faz-se necessária uma leitura atenta e crítica dessas formas de compreensão, porque elas tomam como modelo a sexualidade adulta que, hipoteticamente, é concebida como responsável e controlada. Dessa forma, a noção de “desvio” que é imposta à sexualidade e às práticas sexuais dos jovens é corroborada com a interpretação de que estas constituem condutas vulneráveis, sendo marcadas por práticas sexuais desviantes (CALAZANS, 2000).

As questões que se colocam para as ações de prevenção ao HIV/Aids é reconhecer as singularidades e particularidades histórica e situacional, desprendendo-se dos modelos

preestabelecidos, além de reconhecer os jovens como copartícipes na formulação de estratégias de prevenção.

É nesse sentido que algumas experiências têm sido desenvolvidas no Brasil, com foco na prevenção junto aos jovens. Tem ganhado força a necessidade de se pensar a saúde dos jovens, a partir de um escopo mais institucionalizado, como uma política pública específica. Assim, como aponta Vera Paiva (2002), é necessário politizar os espaços psicoeducativos e propor uma concepção de emancipação psicossocial, como uma referência na complexificação e operacionalização do debate sobre a vulnerabilidade.

Essa proposta posiciona-se de forma contrária a uma concepção de sexualidade que agrupa e unifica as pessoas em função das mesmas práticas sexuais, sem levar em consideração os sentidos presentes em cada cena sexual e em cada cenário sociocultural. O exercício da sexualidade e, conseqüentemente, as práticas sexuais, adquirem contornos conforme o contexto sociocultural em que se desenvolve e as relações de poder existentes, em razão dos marcadores de gênero, raça/etnia, classe social. Como afirma Heilborn (2012), a sexualidade é um dos principais domínios que promovem a autonomia do jovem.

Também no campo da prevenção ao HIV/Aids em jovens, uma experiência exitosa é a do Núcleo de Estudos para a Prevenção da Aids (NEPAIDS), da Universidade de São Paulo, criado em 1991, sob a coordenação de Vera Paiva<sup>7</sup>. As ações realizadas pelo NEPAIDS, inicialmente tinham como inspiração as ideias de Paulo Freire, e esse grupo sistematizou um programa de oficinas sobre sexo seguro e espaços psicoeducativos voltados a juventude.

Essa experiência foi uma ação pioneira no âmbito das universidades, pois os movimentos e os grupos sociais já vinham desenvolvendo ações diretas com vistas à prevenção ao HIV/Aids na população brasileira. Porém, até então, as ações das universidades eram no sentido de assistência hospitalar às pessoas vivendo com o vírus ou no desenvolvimento de pesquisas laboratoriais.

A proposta era estimular num sujeito sexual, por meio de processos de (re)conhecimento da cidadania, um protagonismo psicossocial, através de estratégias que fomentassem a prevenção e o cuidado em saúde sexual de forma mais politizada e menos consumidora. Em outras palavras, fomentar a prevenção ao HIV/Aids entre os jovens sem a utilização de uma educação bancária (PAIVA, 2002, 2000, 1999).

A partir da experiência desse grupo, outras iniciativas foram sendo estruturadas nas universidades brasileiras, com a organização de núcleos temáticos que visavam debater a

---

<sup>7</sup> Mais informações, acesse: < [http://www.ip.usp.br/portal/index.php?option=com\\_content&view=article&id=3545&Itemid=298&lang=pt](http://www.ip.usp.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=3545&Itemid=298&lang=pt) >. Acesso em 10 fev. 2017

epidemia de HIV/Aids, produzindo algumas respostas institucionais. Contudo, vale salientar que essas ações foram feitas no âmbito dos Projetos Aids I e II, empréstimos do Banco Mundial, que fomentaram algumas ações no campo das respostas institucionais brasileiras à epidemia de HIV/Aids.

O Projeto Aids I teve como vigência o período de 1994 a 1998 e possibilitou que governos estaduais e municipais, instituições de pesquisa e organizações da sociedade civil recebessem aportes financeiros para a execução de suas propostas (TEIXEIRA, 1997; PARKER, 1997). O valor do empréstimo foi na ordem de US\$ 250 milhões, e teve US\$ 90 milhões como contrapartida do governo brasileiro.

Um termo importante, presente nesse acordo, era que 41% do valor total, deveria ser aplicado em atividades de prevenção. Isso representou uma grande inversão nos recursos na área de HIV/Aids, fomentando tanto mudanças nas estruturas dos programas locais, como nas respostas à epidemia (PARKER, 1997). E foi aqui que algumas universidades criaram os seus núcleos de estudos sobre Aids.

O Projeto Aids II tinha como foco o fortalecimento institucional e a sustentabilidade das ações e os seus recursos, visavam componentes como prevenção, vigilância epidemiológica, desenvolvimento institucional que permitiram a incorporação de outras modalidades de gestão, além de auxiliar na descentralização das ações do Sistema Único de Saúde. Também foi a partir desse projeto que o então Programa Nacional investiu na formação de setores do movimento de Aids, de profissionais de saúde que atuavam em ações de prevenção, diagnóstico e tratamento do HIV/Aids em todo o país (BRASIL, 1998).

### 3.1 O ESTADO, OS JOVENS E A EPIDEMIA

Um outro ponto desse debate diz respeito às estratégias utilizadas pelo Estado para atuar junto aos jovens. Assim, discorrendo sobre as ações realizadas a partir das instâncias governamentais, a escola foi escolhida como lócus privilegiado de atuação com foco na prevenção. Essa eleição não foi à toa, tendo em vista o que afirma o documento que normatiza o Programa Saúde nas Escolas:

A escola é um espaço potencial de transformação de valores sociais e de constituição de conhecimentos. Toda e qualquer atividade de promoção da saúde visa à redução das chamadas vulnerabilidade da ordem individual, social e institucional, como por exemplo uso de drogas, redução do sedentarismo, prevenção das doenças sexualmente transmissíveis e intervenção sobre as situações que comprometem o desenvolvimento pleno de crianças e jovens (...) Construir espaços de diálogo entre adolescentes, jovens, professores, profissionais de saúde e comunidade é, comprovadamente, um importante dispositivo para construir resposta social com vistas à superação das relações de vulnerabilidade às DST, à infecção pelo HIV e à aids, assim como à gravidez não planejada. Para tanto, as ações

desenvolvidas devem ir além da dimensão cognitiva, levando em conta aspectos subjetivos, questões relativas às identidades e às práticas afetivas e sexuais no contexto das relações humanas, da cultura e dos direitos humanos (BRASIL, 2008, p. 5;15).

Entretanto, vale ressaltar que, conforme afirma Castro (2008), a inclusão da temática da sexualidade nos currículos escolares foi impulsionada por algumas demandas sociopolíticas motivadas pelas inúmeras mudanças pelas quais a sociedade brasileira vem vivenciando. Entre elas, os movimentos sociais (feminista e LGBT), a veiculação frequente pela mídia, principalmente a televisiva, de situações que abordem a sexualidade, as transformações ocorridas nas próprias famílias e as constantes políticas e campanhas de prevenção as infecções sexualmente transmissíveis, especialmente a Aids.

Dessa maneira, à medida que a escola foi definindo suas potencialidades como uma instituição importante para a conformação e transformação das pessoas, foi também ganhando espaço a compreensão de que essa se constituía como uma parceira potente no campo da promoção e prevenção de agravos à saúde.

Em 1994, através de uma parceria entre o Ministério da Educação e a, então Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids, do Ministério da Saúde, surge o “Projeto Escolas”, que tinha como meta reduzir a transmissão sexual do vírus, além de ter um componente com orientações acerca do uso abusivo de substâncias psicoativas. O projeto foi implantado em dez estados brasileiros considerados prioritários. Além dessas características, o projeto foi desenvolvido em 1375 escolas públicas do ensino fundamental e médio e contava com a parceria de 3.815 professores e 32.544 estudantes.

A proposta metodológica visava tornar os jovens agentes multiplicadores das informações, possibilitando que as discussões realizadas no âmbito do projeto fossem ampliadas para outros contextos. Entre os anos de 1999 e 2000, o projeto foi reformulado e passou a atuar em todos os estados, através do programa “Salto para o Futuro”. Nessa fase, ele contou com a participação de 250 mil professores e mais de 9 milhões de jovens estudantes das escolas públicas (PIMENTA et. al., 2001; BRASIL, 2008).

Concomitante a realização desse projeto, no ano de 1996, iniciou-se a discussão e foram aprovados os Parâmetros Curriculares Nacionais, pois até aquele ano, a educação sexual nas escolas era debatida através do tópico Educação para a Saúde, nas disciplinas de Ciências e Biologia. A partir da década de 1990, ocorre um incremento no número de projetos e programas com o objetivo de trabalhar a sexualidade juvenil, priorizando o enfoque preventivo e valorizando temas que eram destacados como de interesse dos jovens (CASTRO, 2008).

Os novos Parâmetros Curriculares Nacionais inovam ao trazer a inclusão dos temas Orientação Sexual e Saúde, como temas transversais que deveriam ser discutidos junto aos alunos dos últimos anos do ensino fundamental. Além disso, ampliava o escopo da discussão ao recomendar que a educação sexual fosse tratada por meio de informações científicas atualizadas sobre a saúde sexual e reprodutiva, podendo ser objeto de debate em qualquer área de estudo ou disciplina escolar, dentro de uma perspectiva que “favorecesse o entendimento das diferentes maneiras como valores e práticas relativos à saúde em geral, ou especificamente a sexualidade humana, compõem e refletem-se nas vivências biológicas, afetivas e sociais” (BRASIL, 1998, p. 264).

Outra ação que visava tornar a escola protagonista das ações de prevenção ao HIV/Aids foi a criação, no ano de 2003, do programa Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE), fruto da consolidação da parceria entre os Ministérios da Saúde e Educação. Este programa tem como eixo central, desenvolver estratégias de enfrentamento às vulnerabilidades dos jovens, por meio de articulações entre as instâncias governamentais e organizações da sociedade civil, com ações integradas entre saúde e educação. Esse programa conta com o apoio e a parceria da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e o Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) (BRASIL, 2008, 2009).

O SPE trouxe alguns elementos inovadores, como a disponibilização de preservativos nas escolas. Além disso, possibilitou a integração entre unidades básicas de saúde e escolas, fomentando a participação da comunidade nesse processo (BRASIL, 2008). No ano de 2005, o SPE passou por algumas reformulações e foi instituído legalmente pelo Decreto Presidencial nº 6286, de 05 de dezembro de 2007 (BRASIL, 2008, 2009). Nesse sentido, de acordo com o decreto, o SPE, tem por objetivo contribuir para a redução da infecção pelo HIV/IST's e dos índices de evasão escolar causada pela gravidez na adolescência (ou juvenil), na população de 10 a 24 anos (MEC, s/d).

Além dessas iniciativas, o governo brasileiro também tem implementado uma série de ações que visam promover práticas preventivas a serem realizadas de forma cotidiana pelos jovens, por exemplo: conforme informações disponibilizadas pelo Departamento de IST/HIV/Aids do Ministério da Saúde (s/d) a distribuição de preservativos cresceu mais de 100% entre os anos de 2005 e 2009 (de 202 milhões para 467 milhões de unidades), com foco em alguns festejos, como o Carnaval e as festas juninas. Essas estratégias compreendidas isoladamente não trazem ganhos à saúde sexual dos jovens, mas a disponibilização gratuita de insumos é uma atividade importante quando compreendida dentro de um conjunto de ações.

Na segunda década dos anos 2000, os jovens aparecem fortemente nas campanhas e nas peças de comunicação em saúde, produzidas pelo Departamento de IST/HIV/Aids do Ministério da Saúde, especialmente, nas campanhas do Carnaval e festas juninas. Tomando como exemplo as campanhas do Carnaval, a de 2011 foi direcionada às mulheres na faixa etária de 15 a 24 anos, das classes C, D e E. A campanha de 2012 teve como foco os jovens gays de 15 a 24 anos. A campanha do Carnaval 2015 objetivou dar maior visibilidade às questões do viver com HIV/AIDS e a importância do teste e o tratamento como prevenção, principalmente, aos jovens (BRASIL, s/d).

A partir de 2010 ocorreram algumas mudanças no cenário das respostas institucionais ao HIV/Aids no Brasil e conseqüentemente na juventude. A utilização de estratégias biomédicas, como a utilização de fármacos, tem ganhado relevância em detrimento a respostas mais sociais. O documento 90-90-90 da UNAIDS, coloca que a melhor forma de prevenção é o tratamento medicamentoso das pessoas vivendo com o HIV. Esse texto estabelece três grandes metas até o ano de 2020 ao propor que 90% de todas as pessoas vivendo com HIV saibam que têm o vírus; 90% das pessoas diagnosticadas recebam a terapia antirretroviral ininterruptamente e 90% de todas as pessoas recebendo a terapia antirretroviral tenham supressão viral (UNAIDS, 2015).

Em resposta a essa mudança na condução das estratégias de prevenção ao HIV/Aids, a Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (ABIA) lançou em 2016 a publicação *Mito vs Realidade: sobre a resposta brasileira à epidemia de HIV e AIDS em 2016*. Por meio de uma análise da atual conjuntura sociopolítica brasileira, argumenta que o país perdeu a capacidade de construir uma resposta à epidemia utilizando o seu maior trunfo: a experiência dos movimentos sociais. Nesse texto, a ABIA denuncia que o Brasil deixou de lado a expertise para o amplo diálogo intersetorial, a articulação da saúde com os direitos humanos e a capacidade de atenção aos princípios da universalidade, da justiça e da participação social, ao priorizar as respostas farmacológicas que “higienizam” os sujeitos, ganhando força, nas atuais respostas desenvolvidas do Ministério da Saúde, a desconsideração dos marcadores sociais.

Por exemplo, se a pessoa vivendo com HIV é uma jovem, negra e travesti, esses aspectos de identidade de gênero, sexualidade, raça e idade não são relevantes. O que interessa é que essa jovem travesti saiba a sua condição sorológica, tenha conhecimento da sua carga viral e, principalmente, que faça o uso correto da terapia antirretroviral (a carga viral indetectável reduz as possibilidades de transmissão do vírus).

### 3.2 A MILITÂNCIA DE JOVENS VIVENDO COM HIV/AIDS

Além dessas ações que ocorreram tanto em ambientes institucionais quanto acadêmicos, vale destacar a militância dos jovens que vivem com HIV/Aids, especialmente da Rede Nacional de Jovens Vivendo com HIV/Aids. A disponibilização da terapia antirretroviral e estruturação da rede de assistência à saúde para as pessoas vivendo com HIV possibilitou que o tempo de vida desse grupo se tornasse cada vez maior, permitindo que as crianças que nasceram com HIV, através da transmissão vertical, chegassem à juventude. Associado a esses casos, havia também os jovens que se infectavam durante a juventude. Isso gerou uma demanda por ações específicas, tendo em vista que esses jovens têm necessidades singulares e passaram a se organizar para pautar a garantia dessas questões (UNICEF, 2014).

Um dos primeiros momentos de articulação desses jovens vivendo com o vírus foi realizado no ano de 2001, no 1º Encontro de Crianças, Adolescentes e Familiares que vivem e convivem com HIV, em São Paulo. O evento contou a participação de crianças e jovens vivendo com HIV, familiares, profissionais de saúde e ativistas. A ação foi desenvolvida pelo Fórum de Organizações não Governamentais de Aids do Estado de São Paulo, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida das crianças e jovens vivendo e convivendo com HIV/Aids (REVISTA ESCULTA SOH!, 2007).

Em 2003, o Ministério da Saúde em parceria com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) organizou o I Fórum Nacional de Adolescentes e Jovens Vivendo com HIV/Aids. O objetivo do encontro era subsidiar a construção de políticas públicas com foco na prevenção junto à população juvenil. Esse evento contou com a participação de 21 jovens, das cinco regiões do país. No ano de 2005, ocorreu uma segunda edição do fórum com a participação de 40 jovens, além de representantes do Ministério da Saúde e dos movimentos sociais. O objetivo era a construção de uma agenda de ações voltadas aos jovens vivendo com o HIV (REVISTA ESCULTA SOH!, 2007).

Continuando o processo de mobilização juvenil, em 2006, os grupos Pela Vidda Rio de Janeiro e Niterói, promovem, em parceria com o Fórum de Organizações não Governamentais de Aids do Estado de São Paulo, o 1º Encontro Nacional de Adolescentes e Jovens Vivendo com HIV/Aids. O evento reuniu mais de 50 jovens de todo o país, que debateram sobre as políticas públicas de saúde, educação, gênero e sexualidade, prevenção ao HIV e adesão a terapia antirretroviral. Esse foi o primeiro encontro articulado integralmente por organizações da sociedade civil (REVISTA ESCULTA SOH!, 2007).

A segunda edição ocorreu em 2007. Foi organizado pelo grupo GAPA Bahia e contou com o apoio do Ministério da Saúde, do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre

HIV/Aids (UNAIDS) e do UNICEF. A organização ficou a cargo dos jovens, inclusive a construção da metodologia utilizada no evento. Uma característica desse encontro foi que além da participação dos jovens, em um quantitativo aproximado de 160, com idades entre 14 e 20 anos, ocorreu também a participação de 40 adultos, compostos por profissionais e/ou familiares. Na programação do evento algumas oficinas destacaram-se pelo número de pessoas interessadas. Um exemplo foi a oficina “Adesão à Terapia: quais os problemas? Construindo soluções”, promovida pelo GAPA Bahia e a oficina cujo tema era a sexualidade, sob coordenação do Instituto ECOS- Comunicação em Sexualidade, organização que também atua na defesa dos direitos sexuais e reprodutivos dos jovens (RNAJVHA, s/d).

Fortalecendo a atuação política da juventude vivendo com HIV/Aids, em 2008, foi realizado em São Paulo o Curso Nacional de Ativismo e Direitos Humanos para Jovens Vivendo com HIV/Aids, que contou com a participação de 34 jovens de todo o país. O curso foi realizado pela Grupo de Incentivo a Vida (GIV) com o apoio do Ministério da Saúde, da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo e do UNICEF e do Fundo das Nações Unidas para a Populações (UNFPA). O objetivo desse encontro foi debater o preconceito e como os jovens poderiam militar politicamente sobre os seus direitos. Ao final, foi organizado um grupo de e-mails nos quais os jovens participantes poderiam trocar informações e promover articulações (REVISTA ESCULTA SOH!, 2009).

Com o decorrer do tempo, ao longo dos anos 2000, os jovens passaram a conquistar mais reconhecimento sobre as suas demandas e as especificidades no planejamento de ações voltadas à prevenção e ao controle da epidemia de HIV/Aids entre os jovens. A realização desses encontros, cursos, reuniões e fóruns, acabou criando a Rede de Jovens Vivendo com HIV/Aids (RNAJVHA), durante a realização do 3º Encontro Nacional de Jovens Vivendo com HIV/Aids, em Minas Gerais. A Rede criada foi um primeiro movimento organizado por jovens brasileiros voltado ao enfrentamento da epidemia de HIV/Aids no Brasil (RNAJVHA, s/d<sup>8</sup>).

A Rede Nacional de Jovens Vivendo com HIV/Aids é uma associação informal que articula jovens de diferentes partes do país no enfrentamento ao preconceito e discriminação ao HIV/Aids. Aos poucos, novos jovens foram se aproximando da rede e a sua estrutura atual é composta por uma gestão colegiada, através das coordenações norte, nordeste, amazônica, sudeste, sul e centro-oeste, que são responsáveis pela elaboração de oficinas e encontros estaduais (RNAJVHA, s/d).

---

<sup>8</sup> Para mais informação: <<http://redenacionaldejovens.blogspot.com.br/p/o-que-e-rnajvcha.html>>. Acesso em: 13 fev. 2017.

Em setembro de 2008, realizou-se o 3º Encontro Nacional de Jovens Vivendo com HIV/Aids, com o tema “Protagonismo Jovem e Ativismo”. O evento foi organizado pelo grupo Vhiver, de Belo Horizonte, com apoio do UNICEF, do Ministério da Saúde, do Governo de Minas Gerais e do UNFPA. Esse encontro reuniu 70 jovens e o objetivo era discutir o que estava sendo executado nas políticas públicas para o HIV, com foco nas questões juvenis (REVISTA ESCULTA SOH!, 2009).

No ano seguinte, a RNAJVHA organizou o 4º Encontro Nacional de Jovens, com a participação de 80 pessoas e a pauta foi o reforço do protagonismo juvenil, na construção de políticas públicas voltadas aos jovens e o HIV/Aids. A importância desse encontro foi que ele foi o primeiro organizado exclusivamente pelos jovens que compunham a Rede e contou com o apoio do UNICEF, do Fundo de Desenvolvimento das Nações Unidas para a Mulher (UNIFEM), do UNFPA e do Ministério da Saúde. Ao final do evento foi produzida uma carta, na qual os jovens afirmavam o compromisso político e o protagonismo juvenil nas respostas ao HIV/Aids no Brasil

Em 2010, foi realizado o primeiro encontro estratégico da RNAJVHA. Um produto interessante desse encontro foi a elaboração da Carta de Princípios da Rede que, entre outras coisas, destaca a necessidade de construção de políticas públicas específicas para a juventude, em especial, para os jovens vivendo com HIV/Aids. Nesse mesmo ano, a rede passou a participar da Comissão Nacional de DST, Aids e Hepatites Virais (CNAids), órgão consultivo junto ao Ministério da Saúde, que auxilia na definição de mecanismos técnicos para o controle da Aids e coordena a produção de documentos técnicos e científicos.

Também em 2010, a RNAJVHA, passou a ocupar um assento no Grupo Temático das Nações Unidas sobre HIV/Aids no Brasil (GT/UNAids). Esse agrega os movimentos sociais, além de agências bilaterais e representantes do governo brasileiro e desenvolve ações para garantir o acesso universal de medicamentos, melhoria na assistência a pessoas vivendo com o HIV, além de ações de prevenção (REVISTA ESCULTA SOH!, 2010).

Desde então têm sido realizados encontros locais e regionais, para a formação política dos jovens que se aproximam da rede, além de encontros nacionais, como o VI Encontro Nacional realizado em Brasília em 2013, e VII Encontro Nacional de Jovens com HIV, realizado no Recife, em 2015. A proposta desses encontros foi debater os avanços e desafios da juventude e o HIV, além de refletir as estratégias de controle social.

#### **4 POLÍTICAS PÚBLICAS, DISCIPLINARIZAÇÃO DE CORPOS E GOVERNAMENTALIDADE**

Seguindo o desenvolvimento da linha argumentativa que estamos percorrendo, a terceira unidade tem por objetivo debater os pressupostos teóricos que nortearam a escrita dessa tese e que deram elementos para o exercício analítico das respostas institucionalizadas ao HIV/Aids.

Dessa forma, essa unidade está dividida em dois eixos. O primeiro focaliza alguns pressupostos teórico-metodológicos que nos ajudam a compreender o que são políticas públicas e como é possível realizar um exercício analítico dessas. Para tanto, recorreremos a autores da saúde coletiva e de postulações foucaultianas, como as noções de governamentalidade e biopolítica, com vistas a nos auxiliar nesse propósito. O segundo eixo diz respeito a como esses operadores conceituais ajudam na reflexão das políticas, programas e projetos sobre HIV/Aids, especialmente, a partir de teorizações sobre biopoder em uma perspectiva psicossocial.

Iniciamos com algumas notas sobre o estudo das políticas públicas, objeto de interesse da pesquisa que subsidiou a escrita desta tese. Atualmente, encontramos, em boa parte da literatura, a compreensão de que estudar política pública é estudar o Estado ou um conjunto de atividades que têm o Estado como termo referência (VIANA; BAPTISTA, 2009). Entretanto, alguns autores destacam que a política deve ser entendida de uma forma mais ampla, não se restringindo à ação estatal, como um processo político racional, gerido por representantes do Estado.

Nessa perspectiva, esses autores advogam que a política pública se expressa como um fenômeno complexo que envolve uma série de tomadas de decisão, envolvendo pessoas e organizações dentro do governo e que são atravessadas por outros atores que operam dentro e fora do Estado (HOWLETT et al, 2013)

Dessa forma, falar em política pública não é só falar de Estado, mas de pacto social, de interesses e, também, de poder. Falar de política é falar do processo de construção de uma ação governamental para um setor, que envolve recursos, atores, arenas, ideias e negociações (VIANA; BAPTISTA, 2009).

Partindo desses pressupostos, rompe-se com a visão normativa e descritiva das políticas, em que falar em política pública é sinônimo de práticas de governos e de ações estatais. Ou seja, estudar políticas públicas envolve um debruçar sobre uma multiplicidade de elementos que estão além, mas intimamente relacionados com o Estado.

No ensejo desse debate, um conceito importante no estudo das políticas públicas é o do Estado, historicamente definido a partir da preocupação em delimitar uma separação entre governantes e governados. Assim, Estado pode ser entendido como o elemento central que atuaria na intermediação de interesses, visando o estabelecimento da ordem e do bem comum. Entretanto, a compreensão aqui proposta comunga com a literatura que busca contribuir com um pensamento político crítico, que rejeita essa ideia funcionalista, objetivando valorizar os processos e os sujeitos que são portadores de saber e poder envolvidos na construção da ação política governamental e não governamental, e que produzem efeitos para o conjunto da sociedade, além de não se restringir aos enunciados oficiais ou institucionais formais (BAPTISTA; MATOS, 2015). Deste modo, busca nas práticas sociais as formas de construção e operacionalização das políticas públicas, levando também em consideração as especificidades de cada contexto.

A respeito dos estudos acerca das políticas públicas de saúde, essas têm ocupado um lugar privilegiado nos debates em saúde coletiva e nas profissões em saúde no Brasil<sup>9</sup>. Dentre algumas características das discussões, destaca-se a compreensão que as políticas públicas são um campo de conhecimentos e de práticas que envolvem perspectivas de análise e, concomitantemente, permite avançar na produção do conhecimento e orientar ações e estratégias das políticas de saúde (BAPTISTA; MATOS, 2015).

Outro aspecto relevante dessa discussão é que os estudos das políticas públicas de saúde constituem uma área de interesse das ciências humanas ao produzir uma outra relação entre o sujeito e o objeto de conhecimento. A produção de conhecimento, advinda desse debate, busca estabelecer relações criteriosas entre fenômenos (COHN, 2009). Aliando-se a essa compreensão, outra ponderação é que as políticas interferem diretamente na vida das pessoas (usuários) e dos profissionais que atuam sob esta. Elas também estão sujeitas a múltiplos determinantes comumente contraditórios em decorrência dos inúmeros interesses envolvidos no ordenamento dos rumos a serem seguidos e/ou no próprio formato das políticas públicas (FLEURY; OUVÉNEY, 2008). Sendo, portanto, necessário visibilizar esse processo múltiplo e complexo.

As políticas públicas não seriam, em si, o foco último de um exercício analítico. Muito mais que isso, as políticas públicas são aqui compreendidas como um ponto nodal que articula e converge múltiplos processos sociais, políticos e culturais, e seria essa diversidade o ponto de partida da análise.

---

<sup>9</sup> Na Psicologia, um exemplo interessante é o Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP) do Sistema Conselhos de Psicologia, que iniciou suas atividades no ano de 2006.

Dessa maneira, compreendemos que uma política pública surge como resposta a um determinado contexto e acaba por interferir e ser interferida pela conjuntura que se apresenta. Tal apreensão é importante, pois implica perceber que as políticas públicas são produtos históricos e comprometidos com um contexto social, tendo como objetivo modificar ou perpetuar uma determinada situação (SAMPAIO; ARAÚJO, 2006).

Assim, quando estudamos uma política pública, especialmente seu funcionamento e operacionalização, esse exercício nos ajuda a compreender a relação entre as noções de política, poder e Estado, na medida em que é bastante comum, quando questionamos o que vem a ser “política”, termos como resposta a ideia de política como um programa governamental ou uma ação estatal. Entretanto, a política sobre a qual estamos nos debruçando possui algumas particularidades, tendo em vista que, além da ação estatal, os movimentos sociais e as próprias pessoas vivendo com HIV/Aids são protagonistas de uma série de estratégias de intervenção. Ou seja, por mais que exista uma centralidade no aparato estatal, há uma certa capilaridade, no qual diversos núcleos também agem nesse “governo” da vida das pessoas.

Dessa forma, nesse estudo sobre uma política pública, passam a ser considerados aspectos além do formal, ponderando assim os aspectos burocráticos, mas ampliando na medida em que se busca o entendimento das negociações e conflitos (os bastidores) presentes em um enunciado oficial e (re)conhece os grupos e suas diferentes visões de mundo em disputa e as suas estratégias.

Susan Wright (2011), ancorando-se teórico e metodologicamente nas postulações foucaultianas, advoga que, ao realizarmos um exercício analítico-reflexivo sobre as políticas públicas, é necessária uma não restrição do objeto, bem como a flexibilização metodológica no contorno dos focos de análise das relações de poder.

A proposta dessa autora parte da compreensão de que as políticas públicas se caracterizam como arranjos dinâmicos. Ou seja, no campo do vivido, as políticas não se apresentam como formações estáticas entre atores e estruturas, mas como algo em metamorfose, que pode se expandir, contrair-se, ser apropriado e (re)traduzido, englobando novos/outros protagonistas e estabelecendo novas relações de poder. Dessa forma, considerar essa dinamicidade ao estudarmos as políticas públicas conforma-se como um desafio e um aspecto importante.

A partir dessa compreensão, entende-se que a política sofre continuamente a interferência de uma gama de sujeitos, à medida que é posta em prática. Analisar uma política

é, no sentido lato do termo, analisar o poder em ação, analisar o processo de formulação e tomada de decisões nos diferentes âmbitos de atuação da política.

A esse respeito, entre os teóricos que tomam o poder como objeto de estudo, Foucault nos auxilia bastante pela analítica do poder que ele construiu ao longo das suas obras. Um dos caminhos de análise com que Foucault vai investigar o poder é pelas práticas cotidianas e “naturalizadas”. Segundo o autor seria por essas vias que o poder se expressaria. Nessa proposta, perguntar como tais práticas emergem, como estas são postas em funcionamento e passam por processos de naturalização em determinados contextos, também são questões pertinentes quando temos as relações de poder como um elemento importante a uma análise psicossocial (FOUCAULT, 2008a).

Além desses pontos, o autor também nos convida a pensar em como as práticas, no sentido de procedimentos de operacionalização das coisas, de padrões e de modos de organização e gestão, são constituídas e passam a ser incorporadas em determinados meios (a exemplo, da gestão de políticas públicas). É a partir desses questionamentos que Foucault (2010) vai ponderar sobre aquilo que cotidianamente chamamos de “práticas”. Nesse sentido, elas configurariam, ao mesmo tempo, como produto das relações de poder e elementos que retroalimentam estas mesmas relações. Assim, a dimensão substancial da análise política está em “como” o poder se expressa. Nas palavras do autor, a opção pelo “como” torna-se mais evidente:

O que é o poder? Ou melhor – porque a pergunta ‘o que é o poder?’ seria justamente uma questão teórica que coroaria o conjunto, o que eu não quero – o que está em jogo é determinar quais são, em seus mecanismos, em seus efeitos, em suas relações, esses diferentes dispositivos de poder que se exercem em diferentes níveis da sociedade, em campos e extensões tão variadas (FOUCAULT, 2010, p. 13).

Outro elemento importante na discussão foucaultiana que nos ajuda a pensar políticas públicas a partir de uma abordagem psicossocial é que o exercício do poder está em consonância com o controle, com o governo das coisas e das condutas das pessoas. Essa característica torna-se possível através de determinados dispositivos organizadores, o que alguns outros autores irão denominar de “uma ordem do governo” (DREYFUS; RABINOW, 2010, p. 288).

Dessa forma, o governo e a operacionalização dos dispositivos não ocorre de forma dissociada dos embates e das questões políticas existentes entre determinados grupos em relação. Ao contrário, surgem dos processos de disputas e interações entre os diversos grupos, no desenvolvimento de estratégias de dominação, resistências, e, principalmente, nos processos de naturalização/normalização das relações.

Assim, o foco em tais processos de poder requer um detalhamento não só do seu funcionamento na prática e de seus efeitos, mas um olhar atento ao governo das condutas e à manutenção de determinadas relações de poder, bem como os contextos de emergência, dos interesses mais amplos, nos quais os instrumentos de gestão estão atrelados.

Foucault (2000) também nos auxilia a refletir sobre a tríade poder-política-governo. As sociedades modernas são caracterizadas por se constituírem em sociedades de normatização, pois se cruzam, conforme uma articulação ortogonal, a norma da disciplina e a norma da regulamentação. Essa estruturação do governo da vida está ligada aos processos de governamentalidade. No campo da saúde pública, as estratégias de governo da vida tornam-se mais visíveis. No ensejo desse controle, uma série de saberes e fazeres são estruturados. Ao trazer como exemplo a juvenilização do HIV/Aids são tecidas inúmeras estratégias que visam a “inclusão” desse grupo populacional nos serviços e ações de saúde, além da própria construção de saberes e de expertises.

Segundo Foucault (2000), a governamentalidade diz respeito aos estudos das maneiras de governar e tem como alvo principal a população por meio de instrumentos técnicos relacionados aos dispositivos de segurança. A governamentalidade está diretamente associada às técnicas de governo que promoveram a formação dos Estados modernos, estando assim relacionada a dois pontos: a) a um conjunto de instituições, procedimentos, cálculos, reflexões que aliado à soberania e disciplina permitiu o desenvolvimento de uma gama de saberes; b) as transformações que *governamentalizaram* o Estado, por meio de estratégias cada vez mais perspicazes.

Destarte, a população passa a ser afetada pelos fenômenos da vida, tratando-se assim de uma biopolítica, pois seu foco diz respeito a fenômenos como o controle de natalidade e as morbidades endêmicas e que possibilitou a estruturação de uma medicina que teria por base a higiene pública. O elemento que faria essa articulação seria a norma.

Segundo Rabinow (1999), o sistema de normalização é essencial ao biopoder, que necessita de mecanismos permanentes, evidentes ou não, de regulação e correção. Assim, muito mais do que avaliações do que seria certo ou errado para uma sociedade, os julgamentos e medidas estatísticas se voltam para o que é normal e o que é anormal em uma população. Ainda de acordo com o autor, as tecnologias de normalização desempenham um papel fundamental na “criação, classificação e controle das anomalias do corpo social” (RABINOW, 1999, p. 45), agindo tanto no sentido de isolar estas “anormalidades”, quanto na operacionalização de procedimentos de correção, configurando-se como técnicas direcionadas aos desvios sociais.

Para Foucault (2008a), ao tratar da normalização, é incontestável que o sistema disciplinar normaliza e isto se dá de várias maneiras: 1) pela análise e decomposição dos indivíduos, dos gestos, dos tempos, etc; 2) pela classificação dos elementos em função de objetivos determinados; 3) pelo estabelecimento de sequências ou coordenações ótimas e; 4) pelo estabelecimento de procedimentos de correção e controles permanentes. Assim, o que é fundamental na normatização disciplinar não é o normal e o anormal, mas a própria norma, a partir da qual esses lugares são distribuídos. Mais do que um processo de normalização, trata-se de uma normação.

Por sua vez, os mecanismos de segurança introduzem outros modos de normalizar, pois sua ação não incide sobre o sujeito, mas sobre a população, utilizando-se para isso de quatro noções fundamentais: caso, risco, perigo e crise<sup>10</sup>. A primeira, a noção de caso, não se relaciona ao caso individual, mas é uma maneira de integrar no campo coletivo aqueles fenômenos tidos como individuais, por meio da identificação e da quantificação de casos. A segunda é a partir da análise da distribuição de casos, é possível encontrar o risco que cada indivíduo ou grupo individualizado possui em relação ao fenômeno.

Em terceiro lugar, à medida que se verifica que o risco não é idêntico para todas as pessoas, chega-se a noção de perigo, visto que há cenários de risco mais elevados do que outros. E, por fim, pela identificação de fenômenos de disparada, de aceleração do risco e do perigo, encontra-se a crise. Assim, em uma sociedade de segurança, não é suficiente a demarcação disciplinar entre o normal e o anormal, mas levar em conta o conjunto, sem descontinuidade entre um e outro, isto é, ter por foco, a população.

E, de acordo com Foucault (2008a), é a partir do biopoder que as características biológicas da espécie humana passam a compor uma estrutura geral de poder, emergindo assim, a população como sujeito político. “Ela aparece tanto como objeto, isto é, aquilo sobre o que, para o que são dirigidos os mecanismos para obter sobre ela certo efeito, [quanto como] sujeito, já que é a ela que se pede para se comportar deste ou daquele jeito” (FOUCAULT, 2008a, p.56).

Para dar conta dos fenômenos inerentes à população não são mais suficientes mecanismos disciplinares, fundamentados na vigilância e correção de condutas, mas a implantação de um dispositivo de segurança, esboçando outra distribuição das coisas e dos mecanismos de poder. Não se trata da substituição de uma era disciplinar por uma era da

---

<sup>10</sup> Realizando um paralelo com o HIV/Aids, temos: “caso” de pessoas vivendo com o vírus; o risco de infecção pelo vírus; o “perigo”, traduzido pelas diversas combinações de condições de vulnerabilidade que vivenciamos e; crise, que seria a própria epidemia.

segurança, mas sim de fazer operar, além dos mecanismos de segurança, também os mecanismos disciplinares.

É nesse ensejo de discussão que se faz necessário retomar as significações que a palavra governo tinha no século XVI na Europa. Foucault (2003) em “Segurança, território e população” analisa um dos primeiros textos da literatura anti-maquivélica do século XVI, escrito por Guillaume de La Perrière. Será nesse texto, que Foucault pondera acerca do governo de uma forma ampla, ao afirmar que:

Essas coisas das quais o governo deve encarregar-se são os homens, mas em suas relações, seus laços, seus emaranhamentos com essas coisas que são as riquezas, os recursos, as substâncias, o território, com certeza, em suas fronteiras, com suas qualidades, seu clima, sua aridez, sua fertilidade; são os homens em suas relações com essas outras coisas que são os costumes, os hábitos, as maneiras de fazer ou de pensar e, enfim, são os homens em sua relação com outras coisas ainda, que podem ser os acidentes ou as desgraças, como a fome, as epidemias, a morte (FOUCAULT, 2003, p. 288).

Foucault concluirá que o aspecto mais próprio do poder é a relação específica de governo, pois trata-se de ações sobre as condutas, sobre as possibilidades de ação dos outros. É estruturar um eventual campo de ação possível de outros (FOUCAULT, 1995a). A ação sobre outra ação adquire a dimensão de “conduzir condutas”: conduzir mulheres, crianças, estudantes, doentes, a família. Por isso, a forma como o desejo é constituído e direcionado é mais relevante do que a força exercida entre os sujeitos dispostos em uma relação.

Um dos aspectos mais importantes da governamentalidade é o fato de se dirigir a cidadãos “livres”. A concepção liberal de sujeito é um dos pilares da política moderna. Acerca desse ponto da discussão, Alessandro Pizzorno (1989) traz uma importante reflexão quando afirma que “os regimes democráticos liberais multiplicaram as instituições e as prescrições destinadas a tornar os cidadãos mais confiáveis, mais controláveis e mais previsíveis.

Esse “fenômeno” trata-se de uma batalha entre as singularidades, que na concepção liberal, seriam “idiosincrasias privadas” e a normalidade “pública”. Na perspectiva do poder, deve-se desenvolver, segundo Pizzorno (1989), uma modalidade facilitadora, para que os sujeitos “livres” realizem essas mudanças. Embora a relação de governo não tenha explicitamente um caráter de combate, as lutas que correspondem ao pensamento foucaultiano, serão em torno da governamentalização da vida.

Convém ressaltar que a governamentalidade não está relacionada apenas aos níveis macrossociais, embora esse seja um problema do âmbito do Estado. Esse estudo das formas de governo está nas microrrelações, a exemplo da relação pais e filhos/as, indivíduo e poder público. Isso porque não é possível analisar os tipos de governamentalidade sem levar em

consideração as formas de resistência correspondentes. Assim, o estudo da governamentalidade não pode deixar de considerar a relação estabelecida entre o sujeito consigo mesmo, e foram essas pistas que utilizamos no estudo que subsidiou a escrita desta tese.

Dessa forma, elegemos o conceito da governamentalidade como elemento norteador no exercício de análise. Alguns outros autores, que trabalham com esse conceito, a partir dos estudos foucaultianos, trazem reflexões importantes na circunscrição na investigação que foi desenvolvida. Thomas Lemke (2007), no seu artigo *Foucault, Governmentality and State Theory*, debate como a perspectiva foucaultiana aborda a questão do governo. O autor aponta três principais contribuições para a compreensão das práticas de governo, da política, e das relações poder-saber.

Discorrendo sobre o primeiro aspecto, este diz respeito a própria ontologia do Estado. Segundo Lemke (2007), Foucault aponta que a noção de governo, que consideramos hoje como um sinônimo de algo estritamente institucional, até o século XVII, na Europa, era compreendida em uma perspectiva mais ampla, vista como práticas de organização da conduta, abrangendo o governo de si, a administração doméstica (do lar e das famílias) a instrução das crianças e/ou o direcionamento das almas.

Nesse ponto do debate, outro importante autor é Graham Burchell, que conceitua a noção foucaultiana de governo como:

Definido, em geral, como “a conduta da conduta”, Foucault apresenta o governo como um 'modo mais ou menos metódico e racionalmente refletido de fazer coisas' ou 'arte', para atuar sobre as ações de indivíduos, tomados isoladamente ou coletivamente, para formar, guiar, corrigir e modificar os caminhos dos quais se conduzem (BURCHELL, 1996, p.19, **tradução nossa**).

A apropriação dessa perspectiva ampliada de governo, o que Foucault realiza é não mais fazer uma história das estruturas burocrático-administrativas do Estado, mas tecer o processo de governamentalização do Estado, ou dito de outra forma, compreender como o Estado foi construído como uma entidade que, em alguma medida, monopoliza determinadas práticas de governo.

Essa perspectiva produz uma certa historicização do Estado, visto como uma dentre outras tantas formas históricas de conceber o governo. Ao invés de tratar, o Estado, como um dado sobre o qual deve ser feita uma história das suas instituições, Foucault centra-se nas múltiplas e diversas relações entre a institucionalização do aparato estatal e as formas históricas de subjetivação (LEMKE, 2007). No seu exercício, Foucault apropria-se da perspectiva genealógica de Nietzsche, para fazer uma “genealogia do Estado”.

Essa “genealogia do Estado” toma como um princípio importante o questionamento dos universais. Realizando um caminho inverso ao de uma concepção universal do Estado, ou de uma “teoria do Estado”, para a partir destas analisar como o Estado se desenvolveu, Foucault parte das práticas concretas, das formas históricas para compreender as concepções universalistas, as “teorias do Estado”.

Foucault propõe escrever uma história que não admite universais apriorísticos. “Nada, portanto de interrogar os universais utilizando como método crítico a história, mas partindo da inexistência dos universais para indagar que história se pode fazer” (FOUCAULT, 2008, p.5). Assim, podemos inferir que o Estado é uma das formas mais visíveis e poderosas de codificação e articulação de práticas modernas de governo. Entretanto, vale salientar que este está cada vez mais distante de ser o único objeto de análise, quando estudamos as formas das quais nos tornamos objetos de governo na modernidade.

O Estado, bem como o seu suposto polo oposto, a sociedade civil, devem ser visibilizadas como cristalizações históricas e não como dados naturais. E tratando-se de uma cristalização histórica, a construção e a manutenção do Estado só é possível, na medida em que existem e são permanentemente atualizadas práticas de saber-poder que o recriam. Dessa maneira, o Estado, não se configura como a origem da política, mas como um efeito e instrumento de estratégias políticas e relações sociais de poder, de práticas governamentais contraditórias e conflitantes. Essa ponderação vai além da compreensão jurídica do Estado.

Segundo Lemke (2007), o Estado não é o resultado de um contrato social, nem está estabelecido no 'consentimento ativo' do governado, como o conceito de Antônio Gramsci da hegemonia sugere. Da mesma forma, o Estado não pode ser entendido como um compromisso entre classes, gênero ou outra identidade de grupo. 'Compromisso', 'consentimento' ou 'contrato' são o resultado, e não a origem da articulação estratégica.

Isso nos leva a ponderar que o Estado também é um instrumento, uma arena de disputas políticas, uma vez que através dele determinadas ações estratégicas são realizadas, que algumas distinções são feitas, a distribuição de privilégios e restrições entre os mais diversos integrantes do jogo político. Portanto o campo privado, que comumente aparece como algo distante das políticas de governo, é objeto constante de regulação e definição dessas práticas. Um exemplo é o imperativo do uso do preservativo em todas as relações sexuais, ou seja, nas relações de foro mais íntimo, existe uma regulação da conduta e a catalogação de práticas “saudáveis” e “não saudáveis”.

Portanto, a perspectiva do exercício analítico de políticas proposto, também tem como interesse visibilizar as formas de intervenção adotadas historicamente pelas instituições, pelas

relações entre atores públicos e privados, pela sociedade civil, pelos pactos, objetivos, metas e perspectivas dos diferentes grupos sociais em disputa, os conceitos e sentidos de política. Assim, é que a política pública de prevenção ao HIV em Parnaíba acaba sendo compreendida não unicamente em mecanismos de controle da vida, um elemento regulador, mas como um elemento que possibilita outras formas de subjetivação, através da resistência e da resignificação, ou seja, a política é um artefato sociocultural regulador e produtor de formas de subjetivação.

#### 4.1 OPERADORES CONCEITUAIS À REFLEXÃO DAS RESPOSTAS INSTITUCIONALIZADAS

As respostas produzidas no Brasil sobre a epidemia de HIV/Aids possuem uma série de especificidades. A primeira delas diz respeito à força dos dados epidemiológicos, que em alguma medida acabam por estabelecer uma lógica de que existem condutas sexuais que são desviantes, a exemplo dos jovens homossexuais masculinos, as pessoas que possuem um grande número de parceiros sexuais, entre outros. Associado a isso, temos os avanços da terapia antirretroviral, que proporcionou uma maior longevidade das pessoas que vivem com HIV/Aids, provocando uma série de rupturas na associação entre a Aids e a morte.

Dessa forma, o segundo eixo desta unidade visa debater como os conceitos até então discutidos, agem como ferramentas para refletirmos as respostas institucionalizadas ao HIV/Aids, tanto as que são desenvolvidas no âmbito do Estado quanto aquelas que são executadas ou reguladas pelos movimentos sociais. Assim, esses pontos que se colocam na discussão estão relacionados com o governo das populações através de exercícios de poder cada vez mais capilares. Todas as ações políticas que são estruturadas visando a prevenção ao HIV/Aids configuram-se como (re)atualizações das relações de poder.

Compreendemos o exercício de poder como um modo de ação sobre a ação dos outros. Entretanto quando ponderamos que este se caracteriza pelo governo dos homens, uns pelos outros – no sentido mais lato da palavra –, incluímos um elemento importante que é a liberdade. A liberdade aparece como uma condição de existência do poder. A não ser nas situações de dominação, há sempre uma possibilidade de escape, de resistências, que são inerentes ao jogo do poder. Contudo, essas, por sua vez, são distribuídas de modo irregular: os pontos, os nós, os focos de resistência disseminam-se com mais ou menos densidade no tempo e no espaço, às vezes provocando o levante de grupos ou indivíduos de maneira definitiva, inflamando certos pontos do corpo, certos momentos da vida, certos tipos de comportamento (FOUCAULT, 2012).

E como as diretrizes presentes nas estratégias à prevenção do HIV/Aids têm como alvo a população, elas visam normatizar as ações das pessoas. Porém, ao levarmos em consideração o conceito de resistência, podemos compreender que essas diretrizes também se configuram como condições de possibilidades para reflexões que possibilitem uma transformação dos sujeitos que se pautam por essas normas, a exemplo da Rede de Jovens Vivendo com HIV/Aids, que atua na prevenção do vírus entre os pares.

Se compreendermos dessa forma, podemos considerar essas estratégias de prevenção condições de possibilidades de experiências. Isso porque o intercruzamento entre as práticas de prevenção e a potência estética das pessoas ganha contornos nas produções criativas, permitem aberturas e outras reorganizações.

Do modo como estão organizadas, as políticas de prevenção ao HIV/Aids podem atuar como elemento que desencadeia reflexões sobre os modos de vida de quem se encontra com essa problemática. Se por um lado, temos linhas higienistas que pautam um controle dos corpos das pessoas, há, por outro, a tentativa de construir estratégias de prevenção que busquem ampliar o debate<sup>11</sup>, por exemplo, produzindo problematizações sobre os modos de viver. Isso provoca uma expansão na concepção de saúde, deslocando o entendimento de sinônimo de ausência de doença para uma compreensão de saúde como uma forma de produzir a vida cotidianamente.

Porém vale também ressaltar que existem agenciamentos discursivos que atuam nesse debate<sup>12</sup>. Para Foucault (2012), existem tecnologias produzidas a partir dos diferentes campos de discurso, a exemplo dos discursos médico e psicológico. Esses trazem consigo algumas prescrições que definem e legitimam certos modos de vida. No caso do HIV, existe uma série de recomendações que são realizadas após o diagnóstico e que indicam não apenas o uso de medicamentos, mas também aspectos relacionados a alimentação, a atividade física, instaurando novas/outras maneiras de como as pessoas conduzem as suas vidas.

Assim, podemos pensar que essas práticas estão associadas a uma forma específica de poder que se centra na regulação da vida, aquilo que Foucault (2012) irá denominar de “biopoder”. As estratégias do biopoder não capturam apenas o enfermo, mas toda e qualquer forma de viver, instaurando assim um poder político capaz de gerir a vida de cada sujeito,

---

<sup>11</sup> Fomentadas, sobretudo, pelos movimentos sociais.

<sup>12</sup> Agenciamento, segundo Nikolas Rose (2001), diz respeito ao ato ou efeito de agrupar elementos diferentes para formar um novo/outro objeto. Ao se referir à linguagem como agenciamento discursivo, esse autor recorre as exposições de Foucault, nas obras: “A Ordem do Discurso” e “A Arqueologia do Saber”. Isso porque se pudermos descrever os enunciados, seria possível visibilizar as estratégias, nas quais se delineariam jogos de aparecimentos e dispersões de conceitos, além das regularidades entre objetos dos tipos de enunciação, conceitos e escolhas temáticas (FOUCAULT, 1995).

produzindo inclusive formas de autoconhecimento, ao mesmo tempo em que gerenciam toda uma população.

O biopoder incidirá por meio de dois polos que compõem o corpo biopolítico: o corpo máquina e o corpo espécie. O corpo máquina está bastante ligado às técnicas de adestramento e controle que são produzidas pelas disciplinas. Já o corpo espécie diz respeito à mecânica do ser vivo, dos aspectos biológicos e das características populacionais. Esses dois polos constituem-se mutuamente e vão sendo transformados à medida que um incide sobre o outro (FOUCAULT, 2001). Assim, como afirmam Paul Rabinow e Nikolas Rose (2006, p. 28), “o conceito de ‘biopoder’ serve para trazer à tona um campo composto por tentativas mais ou menos racionalizadas de intervir sobre as características vitais da existência humana”.

Dessa forma, o corpo como “receptáculo” da vida acaba destacando-se com um importante alvo de atuação do biopoder e do governo das populações. Foucault (2012), ao debater o nascimento da medicina social, no ensejo do surgimento do capitalismo, aponta o corpo como o primeiro objeto desse campo de saberes:

O capitalismo, desenvolveu-se em fins do século XVIII e XIX, socializou um primeiro objeto que foi o corpo enquanto força de produção, força de trabalho. O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa com o corpo. [...] A medicina é uma estratégia biopolítica (FOUCAULT, 2012, p. 80).

E como se dava esse processo de gestão dos corpos? Essa estratégia baseava-se na classificação, através de inquéritos epidemiológicos e demográficos, que acabavam por normalizar a própria prática e saberes médicos. “Antes de aplicar a noção de normal ao doente, se começa a aplicá-la ao médico” (FOUCAULT, 2001, p. 83).

Também vale ressaltar que esse processo ocorreu concomitante ao surgimento dos grandes centros urbanos, de sua população e pobreza, e a medicina ganhava importância na medida em que se configurava como “um poder político capaz de esquadrihar esta população”, para controlar, entre outras coisas, as epidemias urbanas (FOUCAULT, 2001, p. 86).

É nesse contexto que se dá a passagem para uma medicina científica, que produz saberes relacionados à concepção de salubridade, ou seja, do meio e dos elementos que possibilitam a melhor saúde possível, bem como a higiene pública. Aqui ocorre também um deslocamento, passa-se a investir na vida e não na morte, em suas formas anatômicas e biológicas, individuais e específicas (FOUCAULT, 2001).

Ao refletirmos as tecnologias que são produzidas pelo biopoder, como esse tipo de poder que elege a vida como alvo do governo, Foucault (2001) toma como exemplo as

práticas de confissão. E aqui a sexualidade acaba ganhando um destaque pela apropriação que é feita pela medicina. Ao discutir a apropriação da sexualidade pelo discurso médico, o autor pondera que “a tecnologia do sexo, basicamente, vai-se ordenar a partir desse momento, em torno da instituição médica, da exigência de normalidade e, ao invés da questão da morte e do castigo eterno, do problema da vida e da doença” (FOUCAULT, 2001, p. 111). Ou seja, ocorre um investimento da sexualidade “ao mesmo tempo, como objeto de análise e alvo de intervenção” (FOUCAULT, 2001, p. 29).

O sexo, até então marcado pelo segredo, algo da ordem do “não dito” pela moral cristã, passa a ser objeto de escuta, inclusive porque ele deve ser normatizado. “Cumprir falar do sexo como uma coisa que não se deve simplesmente condenar ou tolerar, mas gerir, inserir em sistemas de utilidade, regular para o bem de todos, fazer funcionar segundo um padrão ótimo. O sexo não se julga apenas, administra-se” (FOUCAULT, 2001, p. 27). A confissão, aqui, vai se configurar como uma forma de controlar algo que é do privado, e utilizada como produtora de saúde.

A epidemia de HIV/Aids, nesse caso, catalisou a necessidade de falar cada vez mais sobre as diversas questões relacionadas ao sexo, como forma de produzir normatizações e controle. A associação feita entre sexo e doença produz a justificativa para tal forma de confissão e controle. Por exemplo: quando vamos realizar a testagem para o HIV, respondemos uma série de questões ligadas às nossas práticas sexuais, desde o quantitativo de parceiros sexuais nos últimos 12 meses, se utilizamos o preservativo, entre outras informações.

É nessa direção que a confissão, especialmente no que diz respeito ao sexo, configura-se como uma tecnologia do biopoder, descrita como um:

Ritual que se desenrola numa relação de poder, pois não se confessa sem a presença, ao menos virtual de um parceiro, que não é simplesmente o interlocutor, mas a instância que requer a confissão, impõe-na, avalia-a e intervém para julgar, punir, perdoar, consolar, reconciliar (...) (FOUCAULT, 2001, p. 61).

A biopolítica, assim, funciona como uma maneira de organizar estratégias que tenha como objetivo o controle social, incidindo nos corpos, tanto nas questões relacionadas a aspectos mais individuais, quanto em função de sua característica como espécie. É nessa perspectiva que as políticas públicas de saúde assumem o perfil de constituir diversas estratégias que visem o controle.

A saúde pública, que tem como base a medicina moderna do final do século XVIII, legitimou a crescente medicalização do espaço social sob o argumento da cientificidade e se

embasou na polícia médica e na medicina social (MACHADO, 1978). A principal estratégia da saúde pública é o combate às enfermidades epidêmicas e endêmicas, utilizando para isso de um esquadrinhamento e controle dos espaços por meio de dispositivos sanitários (FOUCAULT, 2001).

Com a constituição das sociedades industriais e o investimento nas condições coletivas de saúde da população, produziu-se uma compreensão de que a saúde das pessoas dependia do controle sanitário do espaço social. Foi nesse contexto que as epidemias se destacaram como um campo privilegiado das práticas sanitárias produzidas pelo discurso médico (BIRMAN, 1991).

Também foi concomitante a esse movimento, o crescimento das descobertas biológicas. Isso fez com que o conhecimento produzido na área da saúde pública se tornasse cada vez mais universalizante, camuflando, num crescente, a dimensão política das práticas de controle da sociedade, como afirma Joel Birman (1991, p. 9), “a saúde pública encontrou definitivamente seu solo fundador na biologia, perdendo assim qualquer medida que relativizasse seus dispositivos e que permitisse considerar a especificidade social das comunidades sobre as quais incide”.

Com a emergência da saúde pública como um campo, foram produzidas estratégias que efetivassem o controle da sociedade; uma característica da positividade do poder, ele também cria, produz. Assim, compreendendo a política como um jogo estratégico que organiza e promove determinadas configurações sociais, quando ponderamos sobre as questões relacionadas com a saúde, uma forma de operacionalização do jogo, nesse campo, são as políticas públicas de saúde.

As políticas acabam por operacionalizar o exercício do biopoder através da regulamentação da vida da população. Porém são homogêneas e lançam mão de diferentes tecnologias e métodos para alcançar os objetivos propostos. Na área de prevenção ao HIV /Aids, por exemplo, são confeccionados diversos materiais, como cartazes, outdoor, cartilhas, folders, além das oficinas de sensibilização, com o propósito de convidar as pessoas a refletirem sobre a epidemia e visando uma mudança nas práticas cotidianas, como a adoção do sexo seguro ou o uso de seringas descartáveis (PINHEIRO; MEDEIROS, 2013).

É por meio dessa configuração que as políticas de saúde, especialmente as de prevenção ao HIV/Aids, acabam por se caracterizar como estratégias de governo, como formas de direcionar condutas. Tendem a normatizar as atitudes dos indivíduos, ao mesmo tempo em que “prescrevem” como toda uma população deve se comportar.

Na questão relacionada à normatização presente nas políticas de prevenção ao HIV/Aids, surge, por exemplo, através de orientações como: todas as pessoas devem utilizar o preservativo em suas relações sexuais; no uso de drogas injetáveis, use seringas descartáveis; faça a testagem do HIV durante a gestação para evitar a transmissão vertical do vírus, etc.

Além desses objetivos, também se estimula, através das próprias diretrizes presentes nas ações de prevenção ao HIV, discussões que explicitam fatores mais amplos e que já foram abordadas em outras partes dessa tese, em unidades anteriores, como a pobreza e as questões ligadas a assimetria entre os gêneros.

Outro ponto que também se faz presente no debate sobre as estratégias de saúde voltadas à população é a tensão presente entre aquilo que já mostramos sobre saúde pública e um movimento que se contrapõe a esse modelo estabelecido. Segundo Joel Birman (1991), a saúde coletiva coloca-se como um contraponto ao saber médico, promovendo algumas rupturas nesse campo, ao destacar como elementos também importantes os aspectos simbólicos, culturais, estéticos, demarcando que as questões de saúde não se restringem ao componente biológico.

Outra crítica potente que esse movimento da saúde coletiva faz ao campo da saúde pública, é descentrar o Estado como a única instância na gestão do poder e dos valores, sendo necessário valorizar a “potência instituinte da vida social, nos seus vários planos e instituições” (BIRMAN, 1991, p. 10).

A controvérsia presente no campo da saúde pública também se faz presente nas ações de prevenção ao HIV/Aids. Isso porque cada vez mais os movimentos sociais têm pautado que o Ministério da Saúde, evidencie em seus materiais de educação em saúde, a necessidade de contextualização das estratégias de prevenção, levando em consideração as formas de vida das pessoas, fomentando inclusive que sejam planejadas e executadas estratégias específicas para cada contexto.

Entretanto, concomitante a essa orientação, os dados visibilizados com instrumentos epidemiológicos ganham força e acabam por produzir uma descrição das populações mais vulneráveis. Trazem ainda uma classificação das pessoas que estão em situação de maior vulnerabilidade, como os homens que fazem sexo com outros homens, os/as trabalhadores/as do sexo, a população carcerária. Nesse ponto, reconhecemos a importância dos instrumentos epidemiológicos como um elemento para o planejamento, execução de avaliação das ações de prevenção ao HIV/Aids, mas ponderamos que essa classificação acaba sendo utilizada como práticas divisórias, nas quais reatualiza-se a ideia de que parcelas da população são mais suscetíveis ao HIV/Aids do que outras.

O debate sobre esses fatores ilustra a heterogeneidade das questões existentes sobre a prevenção ao HIV/Aids, pois requer o questionamento de uma série de valores e estigmas, bem como o “certo” e o “errado” nas práticas sexuais. Assim, as diretrizes de prevenção podem criar outras normas e, quiçá, outros modos de viver.

#### **4.1.1 Governando intimidades**

Um último ponto dessa unidade teórica diz respeito àquilo que nomeamos como processos de governo<sup>13</sup> das práticas de intimidade, tendo em vista a operacionalização das estratégias de prevenção ao HIV/Aids se dá nas cenas sexuais, naquilo que socialmente convencionamos como práticas de foro mais íntimo. Partindo dessa proposição, lançamos algumas provocações/reflexões sobre esses processos.

Como dissemos anteriormente, não é nosso objetivo realizar uma discussão sobre a sexualidade ou o exercício desta, mas ponderar as estratégias de governamentalidade que são operadas nas práticas sexuais. Assim, continuamos nosso diálogo com Foucault e outros/as interlocutores/as que partem das proposições foucaultianas (como, por exemplo, Juracy Toneli, 2010), para refletir questões relativas a esse ponto de discussão.

Foucault (1995) aborda que, com a criação dos Estados-Nação, uma nova política de poder vai se configurando e se articulando: concomitantemente, tecnologias totalizadoras (cujo foco são as questões globalizadoras e concernentes à população) e tecnologias individualizantes analíticas (cujo foco são os indivíduos). Como resultado desses processos, à medida que a multidão se torna progressivamente mais densa e amorfa, são necessários procedimentos refinados de identificação e controle social com vistas à obtenção de mais informações sobre os sujeitos e sua intimidade (CORBIN, 1987). Assim, para governar a sociedade foi sendo necessário, portanto, obter essas informações sobre os indivíduos e voltar-se para a sua intimidade.

Segundo Juracy Toneli (2010), o termo “intimidade”, vem do latim *intimus*, e significa “o que está mais no interior”. Assim como esta autora, não partimos da ideia de que existem elementos internos aos sujeitos, uma interioridade e uma exterioridade subjetiva, portanto, problematizamos essa compreensão de intimidade como sinônimo de interioridade e como uma característica intrínseca dos seres humanos, permitindo-nos lançar algumas questões que se apresentam muitas vezes como irrefutáveis e inerentes à vida humana.

Assim, problematizando essa ideia de interioridade como algo próprio aos sujeitos, nos confrontamos com a separação entre dois polos, a saber: a) um domínio público da

---

<sup>13</sup> Com o sentido de orientar ou conduzir, conforme VEIGA-NETO (s/d). Disponível em: <http://www.lite.fe.unicamp.br/cursos/nt/ta5.6.htm>. Acesso em 05 jan. 2018.

política e; b) a produção do domínio privado. Essa divisão destina ao segundo polo uma suposta autonomia quanto aos diversos “modos de ser”, especialmente com as relações de âmbito sexual (TONELI, 2010).

Suspostamente inacessíveis aos “olhares alheios”, essas relações, no entanto, passam a ser alvo de suspeita e objetos de controle. O próprio sexo e suas práticas, por exemplo, irão ser cuidadosamente classificados e catalogados pela psiquiatria, produzindo então um discurso de verdade sobre o sujeito. As práticas normalizadoras do biopoder definem o que é normal, para diferenciar e manipular o que, a partir dessa definição, foge à normalidade (TONELI, 2010).

Em nosso exercício reflexivo, outro construto teórico importante é a conceituação modos de subjetivação, definidos por Michel Foucault (2004) como “a maneira pela qual o sujeito faz a experiência de si mesmo em um jogo de verdade, no qual ele se relaciona consigo mesmo” (p. 236). Essa compreensão nos é valorosa, pois falar de sujeito é falar das complexas relações que os indivíduos mantêm consigo mesmos, com os outros e com a verdade. O sujeito se constitui na experiência e por meio de práticas e tecnologias (de poder, de saber, de si) (FOUCAULT, 2000).

Essa será o principal tema debatido por esse autor ao afirma que:

Eu gostaria de dizer inicialmente qual tem sido o objetivo do meu trabalho nos últimos vinte anos. Não tem sido analisar os fenômenos de poder, nem lançar as bases de tal análise. Procurei sobretudo produzir uma história dos diferentes modos de subjetivação do ser humano em nossa cultura. Tenho tratado, sob esta ótica, de três modos de objetivação que transformam os seres humanos em sujeitos.

Primeiro nos diferentes modos de investigação que buscam acesso ao estatuto da ciência; penso por exemplo, a objetivação do sujeito falante na gramática geral, na filologia e na linguagem. Ou então, também, nesse primeiro modo, a objetivação do sujeito produtivo, do sujeito que trabalha, na economia e na análise das riquezas. Ou ainda, para tomar um terceiro exemplo, a objetivação pelo mero fato de ser vivo sob formas da história natural ou da biologia.

Na segunda parte do meu trabalho, estudei a objetivação do sujeito naquilo que denominarei “práticas de separação” (e/ou individuação, práticas divisantes). O sujeito dividido seja no interior de si mesmo, seja dos outros. Esse processo faz dele um objeto. A partilha entre o louco e o homem são de espírito, o doente e o indivíduo de boa saúde, o criminoso e o “bom moço”, ilustra esta tendência. Enfim, tenho procurado estudar – este é meu trabalho em curso – a maneira pela qual um ser humano se transforma em sujeito; orientei minhas pesquisas para a sexualidade, por exemplo – a maneira pela qual o homem aprendeu a se reconhecer como sujeito de uma “sexualidade”. Não é portanto o poder, mas o sujeito, que constitui o tema geral de minhas pesquisas (FOUCAULT, 1995b, p. 231-232)

Seguindo as pistas foucaultianas, é esse conjunto de provocações que nos convida a pensar os modos de subjetivação e objetivação, por meio de uma “história da subjetividade”.

No âmbito das questões acerca da sexualidade no pensamento de Foucault ocorre um deslocamento valoroso à nossa discussão, quando passa-se do tema da sexualidade para o tema da ética, no qual a ética é compreendida como campo das relações consigo mesmo – um exercício de práticas de si, do cuidado e do governo de si- no qual o sujeito se posiciona como objeto de elaboração e estetização de si por si mesmo e se reconhecendo como um sujeito moral (FOUCAULT, 1990).

Foucault (1990), aponta, a esse respeito, três compreensões possíveis para o termo moral: 1) um conjunto de valores e regras de ação propostos as pessoas e grupos por aparelhos prescritivos diversos; 2) a conduta dos indivíduos em relação a estes valores e regras; 3) a necessidade de conduzir-se, tendo como referência os elementos do código. Assim, na primeira temos as questões ligadas ao nível do código e da prescrição moral; na segunda estão dispostos os níveis de moralidade das condutas; na terceira é o âmbito das relações do sujeito consigo mesmo, da elaboração das condutas e da constituição de si como um sujeito moral (Foucault, 1990).

Dessa forma, Foucault (1990) também nos convida, portanto, a ponderar acerca da objetivação dos sujeitos nos jogos de verdade no ensejo da produção do conhecimento e nas práticas de individuação e normalização social, para a perspectiva da subjetivação destes mesmos sujeitos nos jogos de verdade, no âmbito agora das práticas de si, em relação consigo mesmo na qual o indivíduo se reconhece como sujeito moral, posicionando a si mesmo como objeto de elaboração e estetização da conduta. Contudo tal elaboração não corresponde a uma atividade consciente, uma “autorreflexão” ou uma dobra da consciência sobre si mesma, mas no sentido do reconhecimento de si como sujeito moral.

Mas como essas pistas teóricas nos ajudam a pensar as estratégias de prevenção ao HIV e seus processos de “governo das intimidades”?

Um primeiro ponto que destacamos é que as estratégias de prevenção, no âmbito do HIV/Aids, não se definem pelo seu caráter repressivo, desautorizando a legitimidade de determinadas condutas, interditando-as ou patologizando-as. A questão não está relacionada a processos de condenação de práticas sexuais ou o consumo de alguma substância psicoativa; o que se prescreve é que as normas da saúde prevaleçam sobre as experiências da vida, não interessando quais. A título de ilustração, a campanha publicitária, produzida pelo Ministério da Saúde veiculada no período do Carnaval de 2016, tinha o seguinte *slogan* “Deixe a camisinha entrar na festa. Deixe que a vida valha a pena, mas para festa ficar boa, camisinha

tem que usar”<sup>14</sup>. Ou seja, não importa qual a festa e a diversão, o importante é a vida e o uso do preservativo para conservá-la.

Dessa forma, pressupomos o caráter normativo dessas estratégias preventivas, que consistem em ações que objetivam instaurar e fomentar uma inquietação nos sujeitos a respeito dos cuidados com a saúde na vida cotidiana, influenciando possíveis mudanças atitudinais, de expectativas, bem como prioridades. As ações de prevenção, como os programas de saúde e prevenção nas escolas, explicitam essa positividade das condutas que agregam cuidados com a saúde relativos à prevenção do HIV/Aids.

Ainda considerando o slogan usado pelo Ministério da Saúde, podemos indagar: como esse imperativo da prevenção em toda e qualquer relação sexual se concretiza nas práticas dos indivíduos? Essa não é uma exigência que impõe sanções no âmbito legal, a exemplo do uso compulsório do cinto de segurança em automóveis. Ora, supomos que esses processos de normatização das condutas sexuais, por meio de preceitos da qualidade de vida, das políticas públicas de prevenção e controle do HIV/Aids, envolvem, além de prescrições biomédicas, uma forma de implicação do sujeito como responsável, pela qual o indivíduo se conforma a agenciar processos de regulação da conduta sexual em razão dos ditames da prevenção.

Essa proposição acerca dos modos de subjetivação implicados nas políticas públicas, ancoram-se na concepção foucaultiana de subjetividade que apresentamos no início desse tópico, sendo a subjetividade como forma de relação do sujeito com si, com os outros, bem como os sistemas de valores (morais, sociais, científicos, entre outros).

Com efeito, a relação consigo é, segundo Foucault (1994), um estratagema pelo qual os valores são inscritos nas condutas dos indivíduos. Eis, então, a compreensão foucaultiana de modos de subjetivação, como uma relação do sujeito consigo, implicado na forma como os indivíduos se conduzem por meio da observância a determinados princípios. Conforme apresentamos acima, os modos de subjetivação “implica uma certa relação a si; essa relação não é simplesmente ‘consciência de si’, mas constituição de si enquanto sujeito moral” (FOUCAULT, 1990, p. 28).

É a partir desses elementos que consideramos que as estratégias preventivas que atuam no âmbito da intimidade dos sujeitos, como a prescrição do uso do preservativo peniano, bem como as práticas de âmbito mais coletivo, a exemplo dos materiais de educação e comunicação em saúde sexual, referem-se à valorização médica, moral e social do sujeito responsável pelas suas próprias condições de saúde. E, os cuidados preventivos são

---

<sup>14</sup> Disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br/index.php/50599-neste-carnaval-deixe-a-camisinha-entrar-na-festa>. Acesso: 03 Jan. 2018.

compreendidos como característicos de um sujeito responsável, que normatiza suas ações, visando a redução das vulnerabilidades.

Portanto, os agenciamentos das normas biomédicas influem sobre as ações dos sujeitos, isto é, fomentando com que os indivíduos se voltem sobre si mesmos, sobre sua intimidade, em razão do imperativo científico da saúde. Esse processo configura o indivíduo, concomitantemente, objetivado pelos discursos e práticas científicas e subjetivado de acordo com os parâmetros da sua condição de objeto.

Autores como Stéphane Legrand (2007) discorrem sobre a “formação do sujeito como matriz virtual das ações” (p. 155), como um processo decorrente e relacionado à compreensão do indivíduo como objeto no interior de um campo de conhecimento científico. Dito de outra forma, a prevalência das normas médicas sobre as condutas é subordinada à relação indissociável entre subjetivação e objetivação, em um movimento duplo, no qual as experiências individuais são abordadas e manipuladas por intervenções externas e, por outro lado, o indivíduo é quem se volta a si mesmo, com vistas a alinhar-se aos parâmetros de cuidados com a saúde.

A propósito dos programas de prevenção e controle do HIV/Aids, estes se direcionam aos sujeitos sexualmente ativos, uma vez que o comportamento sexual pode ser um elemento de vulnerabilidade ao vírus. Portanto, é por meio da vulnerabilidade, relacionada às condutas sexuais, que os sujeitos são tomados como alvo das políticas de saúde, em especial os jovens. Haja vista as campanhas extensivas, que elegem esse grupo como foco, alertando sobre os perigos do sexo sem camisinha e da variedade/quantidade de parceiros/as sexuais. Associado a esses movimentos, tem-se inquerido os sujeitos sobre seus conhecimentos, atitudes e práticas sexuais. Todas essas estratégias visam produzir um engajamento do sujeito na luta contra o HIV, incitando-o a reconhecer a sua função de agente de saúde, com vistas a atuar sobre suas práticas cotidianas.

Aqui a responsabilidade se conforma como um elemento de implicação do sujeito nos processos de normatização das condutas na luta contra o HIV. Não é por acaso que a responsabilidade é um tema recorrente nos estudos desenvolvidos acerca das estratégias de prevenção ao HIV/Aids (FERNANDES, 1994; GALANO e col. 2016). Como afirma Bezerra (2002, p. 233):

propaga-se a crença de que o indivíduo pode e deve ser capaz não só de evitar doenças, mas sobretudo de gerenciar os riscos à sua saúde, minimizando a possibilidade de patologias e otimizando seus próprios recursos.

Portanto, é como sujeito responsável que o indivíduo mantém uma vigilância sobre suas condutas sexuais, sobre as quais agem imperativos de prevenção.

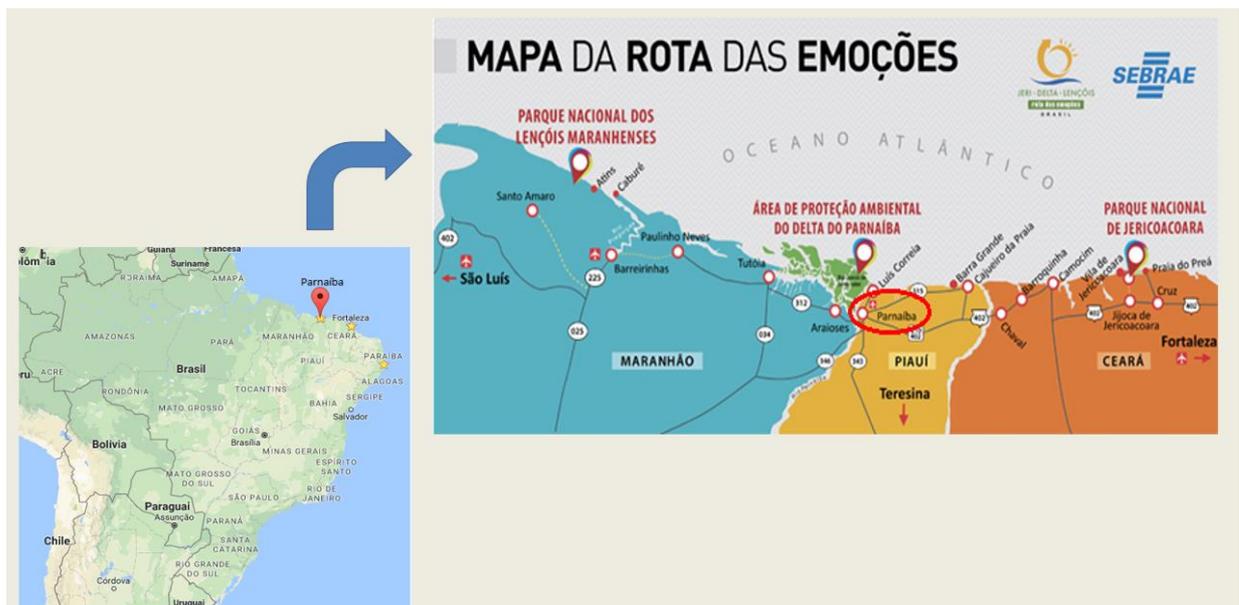
Com efeito, a problematização das condutas em situação de maior vulnerabilidade à transmissão do HIV responsabiliza o sujeito sobre seu estado de saúde, promovendo uma reorientação de alguns hábitos no ensejo das relações sexuais. Assim, é a propósito dos processos de vulnerabilidade que o sujeito inscreve a norma de saúde em suas condutas sexuais.

## 5 CONHECENDO PARNAÍBA E O DELTA

Parnaíba<sup>15</sup> é a segunda maior cidade do estado do Piauí, situada no extremo norte do Estado, na mesorregião da Planície Litorânea, na divisa com o Maranhão. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), sua população no ano de 2016 foi estimada em 150.201 habitantes (IBGE, 2016).

A cidade possui algumas características que ajudam na configuração do perfil da epidemia de HIV/Aids na cidade e na região. Uma das principais características é que Parnaíba está localizada no centro<sup>16</sup> da “rota das Emoções<sup>17</sup>”, região turística que abrange a área entre o Parque Nacional dos Lençóis Maranhenses, o Delta do rio Parnaíba (o único delta em mar aberto das Américas) e o Parque Nacional de Jericoacoara. Além disso, na cidade está localizado o único aeroporto da região, com voos semanais para Recife-PE e Teresina – PI, o que facilita a circulação de pessoas de diversas origens e procedências.

**Figura 3** - Mapa do Brasil e Rota das Emoções, com destaque para Parnaíba.



Fonte: <<http://www.rotadasemocoes.com.br/>> Acesso em: 07 jan. 2017

A atividade do turismo é largamente fomentada pelo poder público local, especialmente, o turismo internacional e de aventura, devido a geração de empregos, a possibilidade de um acréscimo à renda das famílias e seu impacto no desenvolvimento

<sup>15</sup> Parnaíba é um dos 04 municípios piauienses que são banhados pelo Oceano Atlântico.

<sup>16</sup> A distância entre Parnaíba-PI e Barreirinhas – MA (“porta” de entrada para os Lençóis Maranhenses) é de 204 km, de forma semelhante, a distância entre Parnaíba -PI e a Vila de Jericoacoara é de 215km.

<sup>17</sup> A rota das emoções é uma região no litoral dos estados do Maranhão, Piauí e Ceará, que desenvolve atividades ligadas ao ecoturismo, turismo de aventura e dos esportes ao ar livre (surf, windsurf, kitesurf, entre outros esportes náuticos).

econômico local. Atraídos pelas condições climáticas e ambientais, a circulação de estrangeiros principalmente de europeus é grande nas três localidades que compõem a rota (Barreirinhas- MA, Parnaíba -PI e Jericoacoara-CE). Entretanto, junto ao desenvolvimento econômico, a atividade turística acarreta uma série de consequências na vida e na dinâmica da localidade. Esses lugares são historicamente marcados por profundas desigualdades sociais, que colocam as suas populações em situação de maior vulnerabilidade a uma série de agravos. A parcela feminina e jovem da população acaba sofrendo também as consequências danosas dessa atividade.

Segundo informações do Ministério do Turismo, no Brasil, a exploração sexual de crianças e adolescentes ocorre nas regiões de praia, nas fronteiras estaduais e internacionais e em áreas com intenso movimento de pessoas, como nas grandes capitais (BRASIL, 2010). Vale salientar que o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de Parnaíba no último censo, realizado em 2010, era 0,638, ou seja, um IDH médio. Os dados mostram também que 75.624 habitantes da cidade se encontravam em condições de vulnerabilidade a pobreza<sup>18</sup>, ou seja, 51,64% da população. Outra informação relevante é que 11.534 habitantes (7,96% da população total) estavam abaixo da linha da pobreza<sup>19</sup> (PNUD, 2013).

Além da atividade turística, a principal fonte de renda da população é o setor primário, com destaque para o extrativismo, principalmente a pesca, criação de camarão e a extração da cera de carnaúba. Além disso, parte dos/as moradores/as estão empregados na fruticultura irrigada, nos tabuleiros litorâneos<sup>20</sup> (projeto do Departamento Nacional de Obras contra a Seca - DNOCS e da Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária – EMBRAPA/Meio Norte).

Outra característica de Parnaíba é que esta sedia os *campi* das Universidade Federal<sup>21</sup> e Estadual do Piauí, do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia, bem como mais cinco instituições de nível superior privadas, fazendo com que a cidade seja um polo de atração da população jovem da região e possua um contingente significativo de jovens universitários. No censo de 2010, Parnaíba tinha 41.488 habitantes na faixa etária dos 15 aos

<sup>18</sup> Proporção dos indivíduos com renda domiciliar per capita igual ou inferior a R\$ 255,00 mensais, em reais de agosto de 2010, equivalente a 1/2 salário mínimo em 2010.

<sup>19</sup> Proporção dos indivíduos com renda domiciliar per capita igual ou inferior a R\$ 70,00 mensais, em reais de agosto de 2010.

<sup>20</sup> <[http://www.dnocs.gov.br/~dnocs/doc/canais/perimetros\\_irrigados/pi/tabul\\_litoraneos.htm](http://www.dnocs.gov.br/~dnocs/doc/canais/perimetros_irrigados/pi/tabul_litoraneos.htm)>. Acesso em: 20 mar. 2017.

<sup>21</sup> A Universidade Federal do Piauí/Campus Parnaíba, oferta 12 cursos de graduação presenciais (sendo Biomedicina, Fisioterapia, Medicina e Psicologia, na área da saúde), sediando também 03 programas de pós-graduação *stricto sensu*, além do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família. A Universidade Estadual do Piauí, também oferta 12 cursos de graduação (sendo Enfermagem e Odontologia, na área da saúde), de forma presencial.

29 anos, distribuídos no quantitativo de 20.096 moradores, do sexo masculino e 21.392 jovens mulheres.

No que diz respeito à organização do sistema de saúde local, Parnaíba sedia a 1ª regional de saúde do Piauí. A rede de saúde atende, além da população da cidade, as cidades circunvizinhas da planície litorânea piauiense, bem como algumas cidades do nordeste do Maranhão e do oeste do Ceará.

Além desses aspectos mais contemporâneos, a formação histórica da cidade permite uma maior atenção no que diz respeito a saúde sexual. Parnaíba foi, ao longo dos séculos XIX e até 1960, do século XX, o município portuário do Piauí. A cidade se desenvolveu a partir do Porto das Barcas, local por onde escoava a produção extrativista da região e do estado. Em torno do cais, acabou por se desenvolver uma região de prostituição.

Atualmente, o porto encontra-se desativado e o local se converteu em um sítio histórico que conserva as instalações do antigo porto e dos armazéns, sendo explorado pelo turismo<sup>22</sup>. Nos bairros do seu entorno, ainda encontramos a atividade da prostituição, constituindo uma das regiões mais vulneráveis, como o bairro Mendonça Clarck e parte dos bairros de São José e do Carmo. Tais regiões, ainda, abrigam a maioria dos bordéis<sup>23</sup> da cidade (MORAIS, 2012).

Conforme informação disponibilizada pelos interlocutores da pesquisa, a primeira notificação de HIV na cidade ocorreu em 1996, em um rapaz de 28 anos, que havia migrado para o Rio de Janeiro e voltou a residir em Parnaíba. Esse rapaz era homossexual e por questões relacionadas a extrema pobreza acabou falecendo aos 31 anos de tuberculose. Nessa época, tanto a análise da testagem quanto o acompanhamento aos usuários eram realizados na cidade de Teresina-PI. A respeito das ações programáticas e estratégicas de enfrentamento ao HIV/Aids, ainda no ano de 1996, foi criado o Centro de Orientação e Apoio Sorológico (COAS), de responsabilidade estadual e mantido com recursos federais e do Banco Mundial<sup>24</sup>

O COAS de Parnaíba atendia toda a região da planície litorânea do Piauí, a saber: Bom Princípio do Piauí, Buriti dos Lopes, Cajueiro da Praia, Caraúbas do Piauí, Caxingó, Cocal, Cocal dos Alves, Ilha Grande, Luís Correia, Murici dos Portelas, bem como algumas cidades vizinhas do Maranhão e do Ceará. As atividades inicialmente desenvolvidas consistiam na

---

<sup>22</sup>As agências de turismo que fazem os passeios para o Delta do Parnaíba, estão instaladas no Porto das Barcas.

<sup>23</sup>As expressões “bordel” e/ou “cabaré” são utilizadas cotidianamente em Parnaíba, inclusive, esses locais funcionam como pontos de referência na região.

<sup>24</sup>No âmbito do Projeto Aids 1. Empréstimo na ordem de 250 milhões de dólares, no qual governos estaduais, municipais, instituições de pesquisa e organizações não governamentais recebem repasses financeiros para a execução de suas propostas de enfrentamento a epidemia (PARKER, 1997).

coleta do material a ser analisado para a detecção do HIV, bem como ações de prevenção e promoção da saúde, através de estratégias de comunicação e educação em saúde.

Nos primeiros anos de funcionamento do CTA/COAS de Parnaíba, os principais usuários eram profissionais do sexo e homossexuais masculinos. A coleta do material, tanto para detecção quanto para o rastreamento do vírus, era realizada em Parnaíba, mas a análise ocorria no laboratório central do estado (LACEN), em Teresina. O tempo entre a coleta do material e a entrega do resultado demorava em torno de um mês, o que acarretava em muitos prejuízos para a confirmação do diagnóstico e início da terapia antirretroviral (Interlocutores privilegiados 01 e 02<sup>25</sup>).

Nesses anos iniciais, uma estratégia que os profissionais utilizavam era anotar o número do telefone, durante o aconselhamento pré-testagem das pessoas que desejavam ser avisadas por eles que o material coletado havia sido analisado, para então abrir o resultado na sessão de aconselhamento pós-testagem. Entretanto, como os interlocutores privilegiados 01 e 02 falam: *“muitas pessoas não queriam saber do resultado, algumas nem vinham na recepção procurar saber”* (diário de pesquisa), narrando o caso de um usuário que *“a preocupação dele era em vir fazer o teste, ele estava bem nervoso, fiz o aconselhamento, fizemos a coleta do material, mandamos para Teresina, o resultado chegou, mas ele nunca veio buscar, liguei para ele duas vezes, mas ele disse que não queria saber, que só em fazer o teste já bastava”*.

Esses recortes de fala apontam para duas situações: a primeira está relacionada a todo o estigma relacionado ao HIV/Aids em uma cidade interiorana, que possui marcas conservadoras, e a segunda está relacionada ao contexto político mais local. Nesse sentido, recorreremos a autores e/ou estudiosos que são de Parnaíba e da região para nos ajudar nesse processo de compreensão da dinâmica social presente na cidade.

No que tange ao estigma e preconceito relacionado ao HIV/Aids na região do Delta, Francisco Izailo da Cruz (2013), licenciado em História pela UESPI/Parnaíba, narra, em sua monografia, a trajetória de um moradora da zona rural do município de Cajueiro da Praia<sup>26</sup>, na segunda metade dos anos 1990, um dos municípios litorâneos do Piauí, com cerca de 7 mil habitantes e 60 km distante de Parnaíba.

Essa moradora, um pouco após seu marido falecer, começou a apresentar sérios problemas de saúde, sendo impedida de trabalhar e com recorrentes períodos de internação hospitalar. Em uma dessas internações, soube que era portadora do vírus HIV. Mesmo

<sup>25</sup> Profissionais que atuam no Programa Municipal de HIV/Aids de Parnaíba desde 1996.

<sup>26</sup> Desde o início o Serviço de Atenção Especializada (SAE) de Parnaíba é referência regional e atende os usuários das seguintes cidades piauienses: Cajueiro da Praia, Luís Correia e Ilha Grande de Santa Isabel (Fonte: Informação Verbal do Interlocutor Privilegiado 01).

iniciando o tratamento e com uma melhora no seu quadro de saúde, ela contou a sua situação sorológica para parte de sua família e alguns familiares se afastaram. De alguma maneira, o seu diagnóstico acabou se tornando público e a prefeitura contratou um carro de som para comunicar à toda cidade que havia uma moradora com Aids, informar os riscos do HIV e que os demais moradores deveriam ter “cuidado”.

Ao chegar à igreja para assistir à missa, todos se afastaram do banco onde ela se sentou e, segundo os relatos, a mulher escutou um sermão do padre que era direcionado de maneira preconceituosa para ela. Nesse dia, não mais suportando a situação em que vivia, saiu correndo embrenhando-se no mato, tendo em vista tal situação de preconceito e violência experienciada.

Ao ser encontrada, algum tempo depois, estava com o corpo ferido, machucada de espinhos e bastante ensanguentada, poucos queriam socorrê-la. O município de Cajueiro da Praia negou-lhe uma ambulância, alegando problemas mecânicos, sendo transportada de carona para Parnaíba. Porém, ao chegar no Hospital Regional Dirceu Arcoverde, não teve um atendimento necessário. Ao serem informados de que a paciente tinha sorologia positiva para o HIV, os profissionais de saúde relutaram em prestar-lhe os primeiros socorros, só o fazendo porque na discussão houve ameaças de processo por negligência e falta de socorro aquela vítima. Mesmo com seu estado de saúde já bastante debilitado foi transferida para Teresina, porém, devido a essa sucessão de negligências, veio a óbito (CRUZ, 2013).

A respeito do cenário político local, é necessário fazer uma reflexão mais cuidadosa da forma como as políticas de saúde historicamente foram sendo implantadas no Piauí. Outro autor parnaibano que nos ajuda nesse ponto é José Ivo Pedrosa<sup>27</sup>, que em sua tese de doutoramento, no ano de 1997, afirma que a institucionalização do setor da saúde no Estado do Piauí, “integra as relações que o poder oligárquico tem historicamente imprimido à direção política do governo através dos investidores e da burocracia” (PEDROSA, 1997, p. 85).

Alargando um pouco o cenário, é possível identificar alguns elementos que corroboram com essa afirmação, levando em consideração a política em tela. Em 1995, toma posse como governador do Piauí, o político Francisco de Assis Moraes Sousa, popularmente conhecido como “Mão Santa”. Nesse mesmo ano, o Programa Estadual de DST/AIDS é estruturado. Em 1996, cria-se o primeiro COAS do Piauí, em Teresina (a partir de 1997, no Brasil, passa a ser denominado de Centro de Testagem e Aconselhamento – CTA), no mesmo ano é inaugurado um COAS regional em Parnaíba.

---

<sup>27</sup> Atualmente, o prof. José Ivo dos Santos Pedrosa é coordenador do Curso de Medicina da UFPI/Parnaíba e diretor do Núcleo de Estudos em Saúde Pública da UFPI.

Mão Santa é natural de Parnaíba e a sua família, assim como ocorre em outros estados brasileiros<sup>28</sup>, dominam politicamente a região da planície litorânea piauiense. Quando o COAS de Parnaíba foi criado, em 1996, o prefeito da cidade era do mesmo grupo político do então governador<sup>29</sup> do Piauí. A implantação desse dispositivo de saúde ampliou a oferta da testagem, ajudando a visibilizar um novo perfil epidemiológico, mostrando que outras populações se encontravam em situação vulnerável ao HIV no Piauí. Contudo, a desarticulação com o suporte laboratorial, consistia em uma barreira na adesão ao tratamento, pois a assistência as pessoas diagnosticadas encontravam entraves de diversas ordens (ex.: logístico).

Em relação às ações voltadas aos jovens, a equipe do COAS desenvolvia ações nas escolas públicas do município, através do Programa Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE). Vale ressaltar que a proposta do projeto é realizar ações de promoção da saúde sexual e da saúde reprodutiva de adolescentes e jovens, articulando os setores de saúde e de educação. O objetivo era contribuir para a redução da infecção pelo HIV/DST e dos índices de evasão escolar causada pela gravidez na adolescência (ou juvenil), na população de 10 a 24 anos (BRASIL, 2003).

No ano de 2003, o Ministério da Saúde implantou a Política de Incentivo para Financiamento das Ações de HIV/AIDS. Essa política estabeleceu-se por meio da portaria nº 2.313, de 19 de dezembro de 2002<sup>30</sup>, que teve como propósito descentralizar os recursos financeiros para estados e municípios. Assim, os gestores federais, estaduais e municipais deveriam passar a apresentar o Plano de Metas e Ações (PAM) para o ingresso na Política de Financiamento das Ações em HIV/Aids (BRASIL, 2002). Nesta condição, foi criada a Coordenação Municipal de DST/Aids, e Parnaíba passou a receber diretamente os recursos para o investimento em ações de saúde (informação verbal<sup>31</sup>).

Em 2003, o CTA/COAS/Parnaíba passa também a receber aportes financeiros do município e é inaugurado o Serviço de Atendimento Especializado (SAE), com uma equipe composta por enfermeiras, psicólogos, assistente social e infectologista. Além desses profissionais, é feito um convênio com o Centro de Especialidades Odontológicas para receber os usuários que necessitem de tratamento odontológico. A respeito do monitoramento

---

<sup>28</sup> A exemplo dos Campos-Arraes e Coelhos (Vale do São Francisco) em Pernambuco; dos Gomes no Ceará; dos Calheiros em Alagoas e dos Magalhães, na Bahia.

<sup>29</sup> Atualmente, Mão Santa é prefeito de Parnaíba (2017-2020). Político conhecido no cenário piauiense, é médico de formação, com especialização em proctologia, é daí que vem o seu apelido. Foi governador do Piauí (1995-2001), teve o seu mandato cassado em 2001 por abuso de poder econômico pelo TSE, e Senador (2003-2011).

<sup>30</sup> Parnaíba passa a receber anualmente R\$ 50 mil, do Ministério da Saúde, para financiar as ações de prevenção ao HIV/Aids.

<sup>31</sup> Informante privilegiada 01.

das informações sobre a epidemia, somente em 2004, com a implantação do Sistema de Informação do CTA (SI-CTA) foi possível acompanhar e analisar a extensão da epidemia no município de Parnaíba<sup>32</sup> (informação verbal). O SI-CTA foi criado pela Coordenação do Programa Nacional de DST e Aids do Ministério da Saúde (CN-DST/AIDS), e objetiva facilitar os processos de trabalho dentro dos CTA através do planejamento, gestão, avaliação e organização das ações em saúde. Por meio desse sistema é possível registrar os atendimentos realizados por cada um dos CTAs, as coletas de dados e entregas de resultados sorológicos (BRASIL, 2005).

Os dados são cadastrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) pela Coordenação Estadual de DST/Aids que possibilita a identificação da ocorrência de agravos relacionados às doenças às quais a população está sujeita e os indicadores epidemiológicos, permitindo que seja desenvolvido um planejamento de ações mediante as prioridades em saúde de cada região e estratégias para a atuação da gestão frente à epidemia de Aids (BRASIL, 2005; SINAN, 2016).

Algumas ações exitosas de prevenção e controle social, que foram desenvolvidas ao longo desse processo, foi a oficina para profissionais do sexo, realizada no segundo semestre de 2004. O foco das ações foi, além da prevenção ao HIV/Aids, a cidadania (SESAPI, 2004).

No aspecto do controle social e das movimentações da sociedade civil, em 2003, é fundado o Grupo Guará<sup>33</sup>(GRUPO GUARÁ, s/d). que tem como missão “atuar pela promoção da cidadania e promoção de direitos humanos do público homossexual”. A ideia da criação se deu quando os fundadores do grupo conheceram o trabalho de prevenção diante da epidemia do HIV/Aids e de outras ISTs, desenvolvido por Tércia Franco, na cidade de Cajueiro da Praia-PI. Nessa época, existia o Grupo de Voluntários de Cajueiro da Praia. O nome do Grupo GUARÁ veio da ave da região do Delta do Parnaíba. Assim como a ave, os LGBTs - Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais lutam por sobrevivência (GRUPO GUARÁ, s/d). O Grupo Guará é um dos principais organizadores das edições das paradas LGBT, como são denominadas localmente. Em 2017, foi realizada a 10<sup>a</sup> parada.

Outro importante interlocutor nesse processo de construção social das respostas ao HIV/Aids em Parnaíba é a Associação das Profissionais do Sexo de Parnaíba (APROSPA). Essa associação foi criada em 13 de novembro de 2007, no âmbito do projeto de combate a feminização da epidemia de HIV/Aids no Piauí. As reuniões da associação ocorrem nas dependências do CTA/SAE de Parnaíba. Atualmente, vem desenvolvendo algumas ações

---

<sup>32</sup> Interlocutora privilegiada 01.

<sup>33</sup> Mais informações: <<http://grupoguara.blogspot.com.br/>>. Acesso em: 17 mai.2017.

mais pontuais de prevenção e orientação, especialmente, nos festejos locais da cidade (Informação verbal).

Nessa proposta de linha do tempo, apresentamos as informações sobre Parnaíba e as respostas governamentais e/ou socialmente organizadas para responder à epidemia de HIV na região. No ano de 2009, Parnaíba começa a dispensar a terapia antirretroviral. Até aquele ano, as pessoas vivendo com o HIV na região do Delta recebiam a medicação no Instituto de Doenças Tropicais Natan Portela, em Teresina. O deslocamento era feito pelo “tratamento fora de domicílio”, que financiava o transporte e a hospedagem. Havia também o suporte do Lar da Fraternidade, instituição da Arquidiocese de Teresina, que enviava pelos Correios a medicação dos usuários que não podiam se deslocar até a capital.

A respeito da continuidade das ações de prevenção, junto aos jovens, devido a reorganizações internas na Secretaria Municipal de Saúde com as novas gestões municipais, o projeto Saúde e Prevenção nas Escolas deixou de ser de responsabilidade da COAS/CTA/Parnaíba e passou a ser desenvolvido pela superintendência de atenção básica. Atualmente são realizadas apenas atividades pontuais com vistas à saúde sexual dos jovens<sup>34</sup>.

Essa nova organização está ligada a uma ênfase crescente na testagem, para que as pessoas saibam da sua condição sorológica. Nesse sentido, os serviços de testagem acabaram por ter como principal foco o diagnóstico para o tratamento adequado. Essa abordagem requer teste universal para detecção do HIV e tratamento imediato de todos os indivíduos infectados pelo vírus. Tal perspectiva foi assumida pelo Ministério da Saúde oficialmente em 2013 e acabou por reorganizar os programas estaduais e municipais de HIV/Aids. Foi no ensejo dessa nova organização e descentralização do LACEN/PI que, em maio de 2012, ocorreu o treinamento e o COAS/Parnaíba foi habilitado, realizando exames do CD4 e carga viral para as pessoas vivendo com HIV/Aids. Ou seja, a partir de 2012, o material coletado passou a ser analisado em Parnaíba, reduzindo a espera pelo resultado (PARNAÍBA, s/d).

A política de prevenção ao HIV/Aids em Parnaíba voltou a ganhar tónus através da parceria entre um grupo de pesquisa da Universidade Federal do Piauí com os profissionais do CTA/SAE de Parnaíba e do movimento LGBT da cidade, realizada no ano de 2015.

Um dos marcos foi a criação da Rede Aids do Delta, que se constitui em uma rede de articulação política que congrega organizações da sociedade civil, universidades, profissionais de saúde, movimentos e ativistas independentes que atuam no campo da prevenção às IST e ao HIV, bem como na assistência às pessoas acometidas pela Aids. Tem por objetivo

---

<sup>34</sup> Informação repassada pela informante privilegiada 01.

formular propostas de políticas públicas no campo da Aids, monitorar a política de saúde do município de Parnaíba e do Estado do Piauí, particularmente na região do Delta do Parnaíba, com vistas ao fortalecimento da sociedade civil para o controle social e o enfrentamento da epidemia na região (REDE AIDS/DELTA, s/d).

Essa articulação tem produzido algumas experiências exitosas, no que diz respeito a campanhas de testagem e aconselhamento sobre IST/HIV/Aids, através da capilaridade e da multiplicidade dos seus integrantes. A partir desse coletivo são planejadas e executadas as ações de prevenção ao HIV/Aids. No ano de 2015, o foco das ações foi a feminização da epidemia; em 2016, tiveram como público alvo os jovens das escolas públicas de Parnaíba.

Outro acontecimento importante na política municipal de enfrentamento ao HIV/Aids em Parnaíba foi a descentralização da testagem do HIV no município. Desde novembro de 2015, é possível fazer a testagem do HIV em todas as unidades básicas de saúde. Tal iniciativa foi fruto da parceria da Superintendência de Atenção Básica de Parnaíba e o Centro de Testagem e Aconselhamento, no âmbito da Rede Cegonha.

Entretanto, como uma atividade ainda em processo de implantação nos serviços de atenção básica, essa apresenta alguns entraves referentes à sua execução. Conforme pesquisa por nós realizada (AMARAL; MACHADO, 2016), no âmbito do Grupo de Estudos em Equidade, Aids e Políticas de Saúde do Núcleo de Estudos em Saúde Pública da UFPI nas unidades básicas parnaibanas com maior incidência de HIV/Aids em seu território, a prevenção ao HIV acaba restringindo-se a testagem rápida, não sendo executada nenhuma atividade de educação em saúde para os usuários que solicitam a realização do teste. Muitas profissionais relatam receio em identificar um diagnóstico positivo para o HIV.

De forma semelhante, esse mesmo fenômeno ocorre nos outros dispositivos da rede de saúde em Parnaíba. Mesmo com capacitações recorrentes, que são realizadas pela coordenação municipal de HIV/Aids com os profissionais do CTA/SAE, os outros equipamentos públicos de saúde, como os serviços de urgência e emergência, bem como as instituições hospitalares, apresentam uma certa inabilidade em abordar as questões relacionadas à saúde sexual, especialmente o HIV/Aids. Essa foi uma das considerações da pesquisa realizada por Márcjore Brito, em 2016, na sua pesquisa de monografia (BRITO, 2016).

Dessa maneira, apresentamos o esquema da política atual de prevenção ao HIV/Aids em Parnaíba, levando em consideração os atores institucionais/institucionalizados.

**Gráfico 1** - Atores institucionais diretamente envolvidos na prevenção e assistência ao HIV/Aids em Parnaíba



**Fonte:** Próprio Autor

Existe uma articulação forte entre a Coordenação Municipal de HIV/Aids e os serviços sob sua responsabilidade, e os movimentos sociais e acadêmicos da cidade. Mesmo estando “dentro” da Secretaria de Saúde, a integração entre os serviços de HIV/Aids e as unidades básicas de saúde apresenta algumas fragilidades, pois a “agenda e as demandas” das unidades de saúde são muito grandes e as ações relacionadas a saúde sexual acabam ocupando um segundo plano. Inclusive, em uma das reuniões da Rede Aids Delta, foi relatada a dificuldade de corresponsabilização das unidades básicas de saúde para com os usuários positivos ao HIV.

A rede de urgência e emergência, além dos serviços de atenção hospitalar, também apresentam dificuldades na assistência as pessoas vivendo com HIV/Aids. Contudo, os grupos dos movimentos sociais mantêm uma pressão constante para que não ocorram negligências, recorrendo à promotoria da saúde.

No que diz respeito a disseminação do HIV na cidade de Parnaíba, segundo dados do SINAN, no período de 2010 a 2015, foram realizados um total de 12.936 testes rápidos no

município, dos quais 156 deram resultado reagente para o HIV, como pode ser visto na tabela a seguir:

**Tabela 1-** Estatísticas anuais da epidemia de HIV em Parnaíba (2010-2015)

ANO	QUANTIDADE DE TESTES REALIZADOS	RESULTADOS POSITIVOS PARA HIV	RESULTADOS POSITIVOS PARA JOVENS ENTRE 15 A 24 ANOS
2010	2339	11	0
2011	2555	21	2
2012	2324	21	2
2013	2183	27	0
2014	2227	41	3
2015	1308	35	3
<b>TOTAL</b>	<b>12.936</b>	<b>156</b>	<b>10</b>

Fonte: SINAN (2010-2015)

Os dados mostram um crescimento dos números entre os anos de 2010 e 2014, e uma pequena diminuição do ano de 2014 para 2015. No entanto, estas informações continuam chamando a atenção para a alta incidência de casos de HIV positivo no município. Segundo dados do SINAN, de 2010 a 2015, Parnaíba se destaca entre os municípios da Planície Litorânea pelo maior índice de casos de HIV, representando sempre uma porcentagem maior que 50% em relação ao todo.

Segundo o Plano Diretor do Município, embasado pela Lei nº 2.296/2007, Parnaíba possui trinta bairros, sendo eles: Bairro do Carmo, Centro, Bairro Mendonça Clark, Bairro São José, Bairro de Fátima, Bairro Campos, Bairro São Francisco da Guarita, Bairro Nova Parnaíba, Bairro Bebedouro, Bairro Santa Luzia, Bairro Ceará, Bairro Boa Esperança, Bairro Pindorama, Bairro São Judas Tadeu, Bairro Reis Velloso, Bairro Frei Higino, Bairro Piauí, Bairro Dirceu Arcoverde, Bairro Alto Santa Maria, Bairro Primavera, Bairro São Vicente de Paula, Bairro Igaracu, Bairro Sabiasal, Bairro Planalto, Bairro João XXIII, Bairro Santa Isabel, Bairro Rodoviária, Bairro Tabuleiro, Bairro Canta Galo e Bairro São Benedito (PARNAÍBA, 2007).

O quadro 1 permite a visualização dos bairros com maior incidência de HIV no município de Parnaíba no período de 2010 a 2015:

**Quadro 1 -** Áreas de maior incidência de HIV em Parnaíba (2010-2015)

BAIRRO	Nº de casos em 2010	Nº de casos em 2011	Nº de casos em 2012	Nº de casos em 2013	Nº de casos em 2014	Nº de casos em 2015	TOTAL
--------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	-------

Piauí	1	5	3	7	7	4	<b>27</b>
Nova Parnaíba	2	4	2	1	1	2	<b>12</b>
São Vicente de Paula	1	0	3	0	3	3	<b>10</b>
Rodoviária	1	1	2	1	2	1	<b>8</b>
São Francisco da Guarita	0	1	2	1	3	1	<b>8</b>
São José	1	1	1	4	1	0	<b>8</b>
Santa Luzia	0	2	1	3	1	0	<b>7</b>
Centro	0	0	0	3	0	4	<b>7</b>
Planalto	0	0	1	1	2	3	<b>7</b>
Pindorama	1	1	0	3	1	0	<b>6</b>
Ceará	0	1	1	1	3	0	<b>6</b>
Igarauçu	2	0	0	1	0	2	<b>5</b>
Carmo	0	3	0	1	0	0	<b>4</b>
Reis Velloso	1	0	0	0	2	1	<b>4</b>
São Benedito	0	0	0	0	1	3	<b>4</b>
Alto Santa Maria	1	0	2	0	0	0	<b>3</b>
Primavera	0	0	0	0	3	0	<b>3</b>
Fátima	0	1	0	0	1	1	<b>3</b>
Campos	0	1	1	0	0	0	<b>2</b>
Bebedouro	0	0	0	2	0	0	<b>2</b>
João XXIII	0	0	0	1	1	0	<b>2</b>
Frei Higino	0	0	0	0	0	1	<b>1</b>
Mendonça Clark	0	0	0	0	1	0	<b>1</b>
Boa Esperança	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Canta Galo	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Dirceu Arcoverde	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Sabiasal	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Santa Isabel	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
São Judas Tadeu	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Tabuleiro	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>

Fonte: SINAN (2010-2015)

A partir desses dados, pode-se identificar que Parnaíba possui áreas que concentram os maiores números de casos notificados de HIV, mas que se espalham também por outros bairros em menor proporção. Os bairros de maior incidência são Bairro Piauí, Nova Parnaíba e São Vicente de Paula, apresentando respectivamente 27, 12 e 10 casos de pessoas reagentes para o HIV nos últimos cinco anos, sendo destacados no quadro.

Em seguida, estão São José, São Francisco da Guarita e Bairro Rodoviária com oito casos igualmente. Vale destacar que os bairros em que a notificação de casos é maior, são as

regiões de cidade em que concentra a maior parte da população em situação de pobreza e/ou extrema pobreza (PARNAÍBA, 2014).

Também é possível perceber um aumento gradativo da quantidade de bairros afetados pela epidemia em cada ano. Enquanto em 2010 apenas nove localidades possuíam casos notificados, em 2014, esse número cresceu para 16 bairros. Somente em 2015, houve uma pequena diminuição deste quantitativo, mas o mesmo permanece significativo.

Como já foi discutido anteriormente, a epidemia de HIV/Aids pode atingir todas as classes sociais e faixas etárias. No caso de Parnaíba, esta apresenta alguns grupos populacionais que são mais atingidos pela epidemia. A tabela 2 mostra a distribuição de pessoas vivendo com HIV entre 2010 e 2015, por faixa etária da população de Parnaíba, permitindo visualizar também a diferença nos números entre casos masculinos e femininos:

**Tabela 2 - Distribuição por faixa etária e sexo (2010-2015)**

FAIXA ETÁRIA	FEMININO	MASCULINO	TOTAL
<b>Menor que 1 ano</b>	0	0	<b>0</b>
<b>De 01 a 04 anos</b>	0	0	<b>0</b>
<b>De 05 a 09 anos</b>	0	0	<b>0</b>
<b>De 10 a 12 anos</b>	0	0	<b>0</b>
<b>De 13 a 14 anos</b>	1	0	<b>1</b>
<b>De 15 a 19 anos</b>	4	5	<b>9</b>
<b>De 20 a 24 anos</b>	9	21	<b>30</b>
<b>De 25 a 29 anos</b>	21	23	<b>44</b>
<b>De 30 a 34 anos</b>	19	15	<b>34</b>
<b>De 35 a 39 anos</b>	13	23	<b>36</b>
<b>De 40 a 44 anos</b>	6	25	<b>31</b>
<b>De 45 a 49 anos</b>	9	8	<b>17</b>
<b>De 50 a 54 anos</b>	2	9	<b>11</b>
<b>De 55 a 59 anos</b>	1	4	<b>5</b>
<b>De 60 a 99 anos</b>	1	4	<b>5</b>

Fonte: SINAN (2010-2015)

É possível compreender, a partir da tabela acima, que a incidência do HIV ocorre de maneira difusa, atingindo quase todas as idades, desde os jovens entre 13 a 14 anos até a população idosa de 60 anos ou mais. No entanto, os dados chamam a atenção para os altos números de casos de HIV concentrados na faixa etária de 25 a 29 anos (19,73%). Eles ainda mostram que o número de casos entre homens e mulheres é pouco discrepante, ou seja, se os primeiros casos de HIV/Aids notificados em Parnaíba<sup>35</sup> estavam restritos a homossexuais masculinos. Atualmente, pode-se perceber uma tendência à feminização da epidemia. Além

<sup>35</sup> Informação repassada pela informante privilegiada 01.

disso, mesmo com as informações acima que apontam no geral um maior número de casos no sexo masculino, o número de mulheres notificadas para o HIV também é significativo, sendo que em três faixas etárias esse número é maior que o de homens.

## 6 NOTAS METODOLÓGICAS

Nesta unidade, debateremos os pressupostos teórico-metodológicos e as ações que permitiram a construção das informações que analisamos ao longo da tese. Apresentaremos também quem foram nossos/as interlocutores/as e quais as estratégias metodológicas que utilizamos junto a esses.

Iniciando por uma discussão mais ampla, julgamos importante apresentar quais nossos posicionamentos na “arena científica”. Dessa forma, como estamos analisando alguns processos relacionados às respostas institucionalizadas ao HIV/Aids no Brasil, escolhemos, dentre as mais diversas formas de fazer pesquisa, a configuração metodológica de natureza qualitativa (MINAYO, 2004).

Aliando-se a isso, utilizamos o construcionismo social como horizonte epistemológico na investigação que subsidiou a nossa escrita, bem como as leituras teórico-metodológicas sobre a análise das práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano (SPINK, 2000).

Entre outras coisas, a investigação construcionista preocupa-se com o esclarecimento dos processos pelos quais as pessoas descrevem e explicam o mundo em que vivem. Ou seja, de uma maneira ou de outra, essa discussão enquadra-se no âmbito de uma teoria do conhecimento. Esse modelo de operar a pesquisa também possibilita, durante o exercício da análise das informações, visibilizar os momentos de ressignificações, de rupturas, de produção de sentidos, nos momentos ativos do uso da linguagem e nas maneiras a partir das quais as pessoas produzem sentidos. Traz assim várias implicações para o modo como é compreendido o conhecimento.

O construcionismo implica, sobretudo, abdicar da visão representacionista de conhecimento, que considera a mente como o reflexo do mundo, partindo da compreensão de que o conhecimento não representa e nem traduz a realidade externa. Implica também em adotar a perspectiva de conhecimento como algo que as pessoas constroem juntas através das práticas sociais e não algo que apreendem do mundo (GERGEN, 1985 apud SPINK, 2010, p.9). Na perspectiva construcionista, sujeito e objeto são construções sócio-históricas que precisam ser problematizadas e desfamiliarizadas. Adotar essa afirmação implica problematizar o entendimento que se tem da realidade.

Do ponto de vista da condução da pesquisa, foram importantes as reflexões sobre a pesquisa-intervenção como estratégia de pesquisa qualitativa. A intervenção aqui é tida como o encontro ativo do pesquisador com o seu cenário de pesquisa, em que um afeta o outro e ambos vão decompondo-se e recompondo-se aos passos da caminhada. Além disso, esta é

uma posição implicada no cotidiano e nas inesperadas situações que coemergem no cenário pesquisado (ROCHA; AGUIAR, 2003).

Dessa forma, nos estudos que desenvolvemos para subsidiar a escrita desta tese e as etapas que antecederam, não restringimos a produção de conhecimento ao nível da coleta de dados e informações. Buscamos visibilizar a geração de efeitos no campo de pesquisa e em nós mesmos, a partir das implicações presentes no processo de produção do conhecimento.

A produção de conhecimento na pesquisa-intervenção está ligada à criação e à transformação do cotidiano, de si e do mundo, constituindo-se, dessa forma, em um ato político. Nesse tipo de pesquisa já não interessa a simples representação do objeto, mas a premissa de que todo conhecimento é gerado a partir da transformação do cotidiano, fazendo com que a pesquisa ganhe novos contornos, adquira uma complexidade que nos obriga a alargar os limites de nossos procedimentos metodológicos. Como afirmam Eduardo Passos e Regina Barros (2009, p.30), “o método, assim, reverte seu sentido, dando primado ao caminho que vai sendo traçado sem determinações ou prescrições de antemão dadas”.

Para Passos e Barros (2000), a pesquisa-intervenção pressupõe conhecer o campo de investigação, constituindo-se em uma prática que acompanha a aplicação do pesquisar. Visa interrogar os diversos sentidos cristalizados e que atravessam a vida cotidiana, a fim de produzir evidências que visibilizem o jogo de interesses e de poder, desmanchando os territórios constituídos e convocando a criação de outras instituições.

Além disso, possibilita uma posição ativa do pesquisador no cenário pesquisado, e considera a capacidade inventiva de todos os sujeitos envolvidos na pesquisa como ferramenta de trabalho. Logo, a pesquisa-intervenção parte do pressuposto de que os sujeitos se constituem no âmbito das práticas de significação, sempre numa situação partilhada com outros (PASSOS; BARROS, 2000). A pesquisa afirma, assim, seu caráter desarticulador das práticas e dos discursos instituídos, inclusive os produzidos como científicos, substituindo-se a fórmula “conhecer para transformar” por “transformar para conhecer” (COIMBRA, 1995; ROCHA, 2003).

Nessa trajetória, realizamos também uma interface com Donna Haraway (1995), quando a autora feminista disserta sobre a construção social de todas as formas de conhecimento, especialmente, as formas científicas. Partindo de uma posição criticamente interessante sobre o projeto científico, Haraway (1995, p.11) argumenta que a “ciência é retórica”. Essa afirmação tem considerações profundas na medida em que a ciência é vista, em sua radicalidade, como uma atividade humana. Ou seja, assim como as demais atividades

humanas, possui “jogos de verdade”, em que alguns argumentos possuem maior valor ou são mais bem avaliados (cotados) do que outros.

Esse projeto é um convite para os pesquisadores assumirem uma responsabilidade de modo que nos tornemos responsáveis pelo que aprendemos a visualizar. Em sua argumentação, Haraway (1995) tece uma metáfora sobre a visão, afirmando que os nossos olhos não são passivos, pois uma ótica é uma política de posicionamentos. Posicionar-se é uma ação chave que embasa uma parte considerável do discurso científico e filosófico. Posicionar-se implica em responsabilidade por nossas práxis.

Nessa direção, Haraway (1995) afirma que a ciência sempre foi utópica e visionária e são essas características que nos faz precisar dela. No tocante a objetividade, sugere a localização limitada e o conhecimento localizado, em contraponto à transcendência e a divisão entre sujeito e objeto. A autora propõe outras formas de produção dos saberes, alternativo aos cânones tradicionais de produção do conhecimento científico: uma objetividade corporificada, sendo que essa corporificação não é necessariamente orgânica. O modelo consolidado de produzir o conhecimento científico tem como características: a racionalidade universal, linguagem comum, *novum organum*, teoria do campo unificado, um sistema mundial e uma teoria magistral. Em contraste a esse roteiro, propõe: etnofilosofias, uma heteroglossia, o exercício de desconstrução, o posicionamento oposicional, conhecimentos locais e as explicações em redes.

Esse modelo proposto, e no qual nos embasamos, argumenta em favor de políticas e epistemologias de alocação, levando a reflexão de que o posicionamento e a situação, com ênfase na parcialidade e não nos universalismos, é a condição para se produzir um conhecimento racional. Pois a questão da ciência para esse projeto feminista diz respeito a “objetividade como racionalidade posicionada” (HARAWAY, 1995, p.33).

Ao militarmos por uma perspectiva parcial, não estamos fazendo um manifesto em favor do relativismo. Comungamos com o pensamento de que o relativismo é uma forma de estar em todos os lugares e ao mesmo tempo em lugar nenhum, pois como ocorre com a totalização, não há um posicionamento e conseqüentemente uma tomada de responsabilidade. Porém, a perspectiva parcial possibilita uma avaliação crítica e a prática de uma objetividade que privilegia a constatação, a desconstrução, as conexões em redes, evitando assim os “relativismos e holismos fáceis”, compostos por “adição e subjunção das partes” (HARAWAY, 1995, p.24).

Assim, trazendo essa outra proposta de produção do conhecimento científico, não são necessárias grandes abstrações, nem começar do zero, basta deixar a terra firme, o conforto do

modelo estabelecido e consolidado das formas tradicionais do fazer ciência. Um processo de investigação é sempre interessado. Ele se inicia a partir de certas dúvidas e inquietações que levam a problematizações, que, por sua vez, apontam para a necessidade de estudar o objeto escolhido para indagação, buscando expressar as diferenças, as disputas, os ecos, existentes em qualquer campo de atividade humana.

Dessa forma, reconhecer e assumir a atividade científica como uma prática humana, situacional, não a diminui. São nas arenas científicas que ocorrem uma das mais ricas formas de produzir conhecimento.

Também utilizamos na investigação, os moldes da pesquisa no cotidiano (SPINK, 2007), que compreende certo modo de fazer ciência que valoriza as vicissitudes da vida social, investindo nos modos de co-produção da realidade por atores mutuamente implicados.

Como explica Spink (2007, p. 7) “fazemos parte do fluxo de ações; somos parte dessa comunidade e compartilhamos de normas e expectativas que nos permitem pressupor uma compreensão compartilhada dessas interações”. Baseada em Garfinkel (1967; 1987), Spink (2007), defende que ao pesquisar *no* cotidiano nos posicionamos como membros da comunidade discursiva. Ou seja, nos tornamos capazes de interpretar as práticas que se desenrolam nos espaços e lugares em que acontece a pesquisa.

A utilização de tais pressupostos teórico-metodológicos permite compreender a dinâmica e a multiplicidade da política pública de saúde que elegemos para reflexão, nesse percurso doutoral.

## 6.1 OPERACIONALIZANDO A PESQUISA

Após essa explanação dos posicionamentos teóricos-metodológicos que nos auxiliariam na condução dos processos metodológicos, convém explicitar como operacionamos esses pressupostos na investigação realizada. Nesse sentido, realizamos uma breve narrativa de “como” atuamos, além das nossas escolhas e os caminhos percorridos.

Uma etapa importante que antecedeu a execução da pesquisa foi a qualificação do projeto de tese<sup>36</sup>, especialmente, uma observação feita pelos avaliadores de que, para qualquer exercício analítico sobre uma política pública, era necessário não apenas estudá-la, mas ter uma “aproximação mais íntima” com essa e com o seu campo de atuação. Após essa ponderação, o projeto de tese passou por reformulações, tanto temática quanto de local da pesquisa.

---

<sup>36</sup> O anteprojeto de tese apresentado foi “Sexualidades nas tramas da saúde: leituras a partir dos primeiros passos da implantação da política de saúde integral da população LGBT de Pernambuco”.

Dessa forma, assumimos essa direção estético-política e para realizar uma pesquisa que tem como objeto uma política ou programa de saúde, faz-se necessário um envolvimento no seu cenário, uma investigação implicada com os processos que nela ocorrem. E, assim sendo, a trajetória da pesquisa está ligada com o período de atividades desenvolvidas no campus Parnaíba, da Universidade Federal do Piauí (UFPI).

Uma das primeiras ações desenvolvidas como docente no campus foi a incorporação ao Núcleo de Estudos em Saúde Pública da UFPI<sup>37</sup> (NESP/UFPI), ainda no ano de 2014. A filiação a esse grupo possibilitou inserção nos debates que são realizados acerca da realidade sócio-sanitária do Piauí, principalmente, da região do Delta do Parnaíba.

Outro movimento realizado, este mais focado com o campo da prevenção ao HIV/Aids em Parnaíba, foi a elaboração e execução do projeto de extensão “Vamos falar de prevenção? Gênero, sexualidades e práticas de cuidado às DST/HIV/Aids com adolescentes<sup>38</sup> e profissionais de saúde do Delta do Parnaíba”. O projeto contou com o financiamento da Pró-reitoria de Extensão da UFPI, entre os anos de 2015 e 2017.

O objetivo do projeto de extensão era atuar junto aos adolescentes, com idades entre 14 e 18 anos, da cidade de Parnaíba e aos profissionais da atenção básica do segundo distrito sanitário<sup>39</sup> do município, com vistas a fomentar práticas de prevenção dos agravos e promoção à saúde sexual e reprodutiva. O método utilizado nessa atividade extensionista foi rodas de conversa (com os profissionais das unidades básicas de saúde) e um ciclo com quatro oficinas (com os estudantes das escolas públicas circunvizinhas às unidades de saúde).

Para a realização das atividades contamos com a parceria da Superintendência de Atenção Básica da Secretaria de Saúde de Parnaíba e da 1ª Gerência Estadual de Educação do Piauí, cuja sede fica em Parnaíba. Durante a execução do projeto fomos sendo progressivamente reconhecidos e passamos a atuar na prevenção ao HIV/Aids em Parnaíba e na região. Também após sua aprovação, estruturou-se, no âmbito do NESP/UFPI, o grupo de estudos em Aids, que contou com a participação de nove alunos do curso de Psicologia da UFPI.

Com a proximidade do dia 1º de dezembro de 2015, Dia Mundial de Luta contra a Aids, fomos convidados pela Secretaria Municipal de Saúde de Parnaíba para integrar o grupo que planejou as atividades relativas à data na cidade. Fomos responsáveis por desenvolver

---

<sup>37</sup> O NESP/UFPI é composto por docentes e discentes da UFPI, além de profissionais de saúde que atuam em Parnaíba e sua região. Esse núcleo desenvolve algumas atividades, a exemplo da Residência Multiprofissional em Saúde da Família UFPI/Prefeitura de Parnaíba.

<sup>38</sup> Nessa edição do projeto de extensão, utilizamos o termo adolescente, em detrimento aos jovens.

<sup>39</sup> Parnaíba está dividida em quatro distritos sanitários. O campus da UFPI está no território do 2º distrito.

ações de prevenção no campus da UFPI, além de dar suporte às atividades desenvolvidas pelo programa municipal de HIV/Aids em Parnaíba e os movimentos sociais da cidade.

A realização dessa atividade marcou uma série de compromissos como os encontros quinzenais nas dependências da universidade, nos quais debatia-se as estratégias e ações desenvolvidas pelos diversos atores que atuam na prevenção ao HIV/Aids. Em dezembro de 2015, foram realizados dois encontros, que contaram com a participação da coordenadora do programa de HIV/Aids, de três profissionais de saúde que atuam no CTA e no SAE, dois representantes dos movimentos sociais (LGBT e negro) e a equipe do grupo de estudos sobre Aids.

A partir desses encontros, surgiu a ideia de compor um fórum permanente para debater o HIV/Aids, além de outras infecções sexualmente transmissíveis na cidade Parnaíba e na região do Delta. Por meio dessas atividades foi estruturada a Rede AIDS Delta. Em sua carta de princípios, esse grupo se apresenta como um:

Fórum de enfrentamento às DST/HIV/Aids do Delta do Parnaíba é uma rede de articulação política que congrega organizações da sociedade civil, universidades, profissionais de saúde, movimentos e ativistas independentes que atuam no campo da prevenção às DST e ao HIV, bem como na assistência às pessoas acometidas pela Aids. Sem distinções religiosas, étnico-raciais, classes, ideológicas, de gênero, de orientação sexual, geracional, partidária ou sorológica. O objetivo da Rede AIDS/Delta é formular propostas de políticas públicas no campo da Aids, monitorar a política de saúde do município de Parnaíba e do Estado do Piauí, particularmente na região do Delta do Parnaíba, com vistas ao fortalecimento da sociedade civil para o controle social e o enfrentamento da epidemia na região (REDE AIDS DELTA, 2015).

A estruturação dessa Rede foi importante na medida em que cada integrante se comprometia a dar suporte ao desenvolvimento das ações de prevenção. Os encontros eram quinzenais e sempre na última reunião de cada mês eram apresentados e discutidos os indicadores epidemiológicos da epidemia.

Todo o percurso realizado não produziu informações que serão diretamente analisadas nessa tese. Mas criou as condições de possibilidade para que essas fossem produzidas. Além disso, por mais que as informações e impressões não façam parte dos registros a serem analisados, elas nos ajudam a compreender a dinâmica existente, em nível local, de como a política de Aids é operacionalizada.

## 6.2 INTERLOCUTORES DA PESQUISA

Para esta pesquisa foram analisadas as informações que produzimos e que se articularam mais diretamente com o objetivo da pesquisa,<sup>40</sup> que subsidiaram a escrita desta tese. Assim, os interlocutores diretos da pesquisa foram a gestora do Programa Municipal de HIV/Aids de Parnaíba; quatro profissionais de saúde que atuam na política; 23 jovens entre 19 e 25 anos, de ambos os sexos, que residem em Parnaíba e as informações disponibilizadas pelos indicadores epidemiológicos.

## 6.3 PROCEDIMENTOS

Um elemento facilitador para a realização dos procedimentos da pesquisa foi a atuação como docente do Curso de Psicologia da Universidade Federal do Piauí. Em razão desse lugar de professor do magistério superior da principal universidade pública do Estado do Piauí, bem como a realização e a coordenação de projetos extensionistas no âmbito do HIV/Aids na cidade de Parnaíba-PI, nos permitiram lançar mão de três estratégias de construção das informações produzidas na pesquisa que subsidiou a escrita desse texto. Essas estratégias estão descritas a seguir.

- *Catologação das informações epidemiológicas.*

Realizamos uma busca dos dados secundários do Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN), relativos ao número total de pessoas com diagnóstico de HIV/Aids em Parnaíba. Essas informações estão disponíveis eletronicamente. Com vistas a complementar as informações disponibilizadas no SINAN, foi solicitado à Secretaria Municipal de Saúde<sup>41</sup> os indicadores epidemiológicos locais.

- *2) Entrevistas semiestruturadas.*

Os convites para a realização das entrevistas foram feitos nos encontros da Rede Aids/Delta e por meio de conversas via aplicativo de mensagens instantâneas (WhatsApp®), por meio do qual foram agendados os melhores dias e horários de acordo com os/as entrevistados/as.

Conforme Odette Pinheiro (2013), a entrevista é definida como prática discursiva, o que permite perceber o sentido tal como emerge das falas do entrevistado, e não o capturar de acordo com categorias pré-definidas.

---

<sup>40</sup> Estamos seguindo a proposta de pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFPI, bem como a resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde.

<sup>41</sup> Para ter acesso às informações da Secretaria Municipal de Saúde, foi solicitada uma carta de anuência à Secretaria Municipal de Saúde de Parnaíba. A autorização foi concedida em uma das atividades realizadas pelo NESP/UFPI com a Prefeitura de Parnaíba. A comprovação da vinculação com a atividade docente estava presente no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, bem como na Carta de Apresentação utilizada.

Ao abordar a entrevista como prática discursiva pretende-se, antes de qualquer coisa, entendê-la como ação/interação situada e contextualizada, por meio de uma co-produção entre o binômio “pesquisador e pesquisado”, na qual se produzem sentidos e se constroem versões da realidade. Essa interação se dá em determinado contexto, numa relação de constante negociação. Em uma situação de diálogo, o interlocutor posiciona-se e posiciona o outro. Ou seja, ao falar, as pessoas selecionam o que falam, como falam, as figuras, os trechos de histórias, em uma negociação contínua de posições.

Durante o momento da entrevista, e ao longo de sua história de vida, as pessoas vão se posicionando e procurando uma coerência discursiva, reunindo e processando narrativas que vão formar a sua identidade. O sentido é produzido no processo de interação que não inclui apenas quem fala e quem ouve, mas todos “os outros” interlocutores presentes e ausentes. Na entrevista, são evocados personagens que irão reafirmar a história e os argumentos apresentados, o que permite a compreensão das alterações sutis que ocorrem no posicionamento das pessoas em sua interação.

Neste estudo, optou-se pelo uso de roteiro semiestruturado. Escolha que se justifica pelo fato desse tipo de entrevista possibilitar ao entrevistado falar sobre suas experiências cotidianas, através de uma ideia central introduzida pelo pesquisador, mas sempre com um espaço aberto para respostas livres e espontâneas do informante (TRIVIÑOS, 1992). De acordo com Minayo (2004), a entrevista semiestruturada, ao combinar perguntas fechadas e abertas, possibilita que o entrevistado possa discorrer sobre o tema em questão sem se fixar à indagação formulada.

Para a realização do estudo, foram convidados a participar das entrevistas alguns/algumas interlocutores/interlocutoras chaves para compreensão da atuação da política municipal de enfrentamento ao HIV/Aids. As entrevistas foram realizadas com a gestora municipal da política e os profissionais do Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) e do Serviço de Atendimento Especializado (SAE).

### *3) Oficinas com os jovens*

Oficina é um termo utilizado nas situações mais diversas, designando, geralmente, cada encontro em um trabalho de grupo. Seu uso se faz presente nos mais diversos campos possíveis, como saúde, educação, ação comunitária.

Alguns autores/as como Lucia Afonso (2006), conceituam oficina como um trabalho estruturado com grupos, independentemente do número de encontros, sendo focalizado em torno de uma questão central que o grupo se propõe a trabalhar. Essa autora apresenta que as oficinas expressam uma tradição que remonta à pesquisa ação de Kurt Lewin. Lewin (1988)

ressalta que toda pesquisa em Psicologia Social deveria fazer referência ao contexto e ter uma abordagem interdisciplinar. Em sua argumentação, o autor apresenta a realidade social como multifacetada, multidimensional e, na mudança social, o/a pesquisador/a deve partir de uma compreensão, consentimento e participação dos grupos envolvidos.

Acerca do funcionamento dos grupos, Lewin (1988) considerava-os um campo de forças, cuja dinâmica resulta da interação dos seus/suas componentes em um espaço psicossocial. Como as oficinas são formadas com/por pequenos grupos, vale salientar que esses têm uma estrutura e uma dinâmica. A partir da leitura de Afonso (2006) sobre a dinâmica e estrutura dos grupos, apresento esses dois pontos: 1) a estrutura diz respeito à sua forma de organização, a partir da identificação de seus membros; 2) a dinâmica diz respeito às forças de coesão e dispersão no grupo, e que fazem com que ele se transforme. A dinâmica do grupo inclui os processos de formação de normas, comunicação, cooperação, competição, divisão de tarefas e circulação do poder.

A autora ainda coloca que “a elaboração que se busca na oficina não se restringe a uma reflexão racional, mas envolve os sujeitos de maneira integral, formas de pensar, sentir e agir” (AFONSO, 2000, p. 9).

As oficinas também fomentam as manifestações subjetivas dos participantes envolvidos, publicizando as compreensões advindas do contexto social, por meio dos processos de interação individual e grupal. Além de possibilitar a apreensão não somente “do quê” pensam os participantes, mas também “porque” eles pensam de determinada forma, essa interação grupal proporciona que o pesquisador observe como a controvérsia vem à tona e como os problemas são resolvidos, evidenciando os diferentes graus de consensos e dissensos existentes.

Afonso (2000) coloca que essas oficinas são de grande utilidade na área da saúde, educação e ações comunitárias. Usa informação e reflexão e diferenciam-se de um processo apenas pedagógico, pois trabalham os significados afetivos e as vivências relacionadas com o tema a ser discutido. As oficinas oferecem dados e certos discernimentos que em outras situações individuais poderiam não emergir. Os dados obtidos, então, levam em conta o processo do grupo, tomado como maior do que a soma das opiniões, sentimentos e pontos de vista individuais em jogo.

Mary Jane Spink, Vera Menegon e Benedito Medrado (2014) também ajudaram em nossa compreensão, quando ponderam que as oficinas são espaços de negociação de sentidos com potencial de negociação coletiva, que permite a visibilidade de elementos linguísticos/discursivos (como os argumentos) e a sua dinamicidade – os deslocamentos, o

processo de construção e contrataste das versões, sendo oportunidades/momentos privilegiados para análise sobre processos psicossociais.

Assim, esses autores ressaltam o caráter de transformação política das oficinas, pois, concomitante à geração de materiais para análise, é formulado um espaço de trocas simbólicas que proporcionam a discussão em grupo da temática proposta, motivando conflitos produtivos tendo em vista o engajamento político da transformação.

As oficinas contaram com a participação de 23 jovens, entre 19 e 25 anos, de ambos os sexos, residentes em Parnaíba-PI. As oficinas foram conduzidas por nós e contamos com a colaboração do Centro Acadêmico de Psicologia da UFPI, além da equipe do grupo de estudos sobre Aids, no convite às pessoas para participar das atividades, que contou com a presença de estudantes de graduação da Psicologia, Fisioterapia e Ciências Biológicas da UFPI, assim como estudantes dos cursos de Nutrição e Psicologia de uma faculdade particular.

As oficinas foram realizadas nos dias 27 de setembro e 06 de outubro de 2016, na sala de grupos do Serviço Escola de Psicologia/UFPI. O mesmo grupo participou dos dois dias de atividades. Cada encontro teve a duração aproximada de três horas.

No primeiro encontro, foi apresentada a proposta das oficinas, se eles consentiam livremente a participação na pesquisa e posterior assinatura dos termos de consentimento livre esclarecido. Para o registro das informações produzidas, optamos por fazer o registro audiogravado.

Sobre os participantes, contamos com a colaboração de jovens universitários, alguns nascidos em Parnaíba e outros que residiam na cidade em razão dos estudos. Além disso, o grupo era composto por pessoas que se apresentavam a partir de diferentes orientações sexuais, o que permitiu a produção de um espaço bastante diverso a respeito das experiências sexuais e das formas de socialização.

#### 6.4 CUIDADOS ÉTICOS

Este trabalho foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Piauí (CAAE nº 57784716.2.0000.5214), sendo assegurados todos os procedimentos éticos necessários em pesquisas com seres humanos, em conformidade com o disposto na resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, e na resolução nº 510, de 07 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde.

Entretanto, além dessas disposições normativas, os cuidados éticos aqui são entendidos a partir das colaborações de Spink e Menegon (2013) que afirmam que os comitês de ética são uma forma de garantir proteção à sociedade, evitando qualquer tipo de abuso que

venha a prejudicá-la. São importantes por influenciarem a legislação nacional, além de atuarem como parâmetro para as políticas dos órgãos financiadores de pesquisa, que visa garantir os direitos e deveres que se referem à comunidade científica, aos participantes da pesquisa e ao Estado. Mesmo estando sujeitos a interpretações e interesses diversos, os comitês de ética trazem a prática em pesquisa para o debate público, propiciando um espaço valioso para a reflexão ética.

No entanto, a proposta de pesquisa ética aqui defendida vai além das normatizações oficiais. A postura construcionista possibilita um espaço para a discussão da ética a partir de dentro do próprio processo de pesquisa. Nesse sentido, a pesquisa ética caracteriza-se pelo compromisso e aceitação de alguns pontos considerados imprescindíveis: conceber a pesquisa como prática social, a partir da reflexão sobre o significado da produção do conhecimento; exhibir de forma clara procedimentos de coleta e análise dos dados; e aceitar que a dialogia é inerente à relação que se forma entre pesquisadores e participantes.

No que tange a relação entre pesquisadores e participantes, existem três cuidados éticos imprescindíveis à pesquisa qualitativa: os consentimentos informados, a garantia do anonimato, e o resguardo do uso abusivo do poder na relação entre pesquisador e participantes.

O consentimento informado trata do acordo que é estabelecido no início da pesquisa, constituindo-se como elemento essencial para discussão de informações e pressupostos que direcionam a investigação. É um consentimento que pode ser revisto em diferentes momentos, uma vez que o próprio processo de participação pode acarretar novas possibilidades de interpretação sobre a pesquisa. Nesse sentido, a possibilidade de desistir do acordo é cláusula fundamental no processo, sendo o objetivo principal do consentimento esclarecer os procedimentos que fazem parte da pesquisa e os direitos e deveres de todos os envolvidos.

Dessa forma, a transparência convive facilmente com as pesquisas alinhadas às epistemologias construcionistas, dada a aceitação implícita da reflexividade no processo de pesquisa. Ou seja, revelados ou não, os objetivos estão presentes nas hipóteses que os participantes – considerados como colaboradores ativos no processo de pesquisa – elaboram sobre o que deles se espera.

O anonimato possibilita a não revelação de informações que possa identificar o participante. É comumente entendido como confidencialidade, mas muitos estudiosos consideram que o caráter público da pesquisa não condiz com o segredo implícito no termo confidencialidade. Assegurar o anonimato, para muitos, é o compromisso ético possível.

Quanto ao resguardo das relações de poder abusivas, a postura ética, mediante o estabelecimento de uma relação de confiança, assegura aos participantes o direito de não resposta; ou seja, a não revelação ou a revelação velada, como no pedido de desligamento do gravador. Já no que diz respeito aos pesquisadores, o cuidado que se coloca é o da sensibilidade diante do que é exposto pelo participante, estabelecendo limites apropriados da revelação, cuidando para que a curiosidade seja controlada pelo princípio do respeito à intimidade e da não ruptura das táticas de enfrentamento presentes na interlocução.

Além desses cuidados éticos, assumimos uma postura bastante cuidadosa e respeitosa junto aos profissionais e os movimentos sociais que atuam na luta à epidemia de HIV/Aids em Parnaíba. Um dos pontos que nos ajudaram nesse processo foi o lugar privilegiado da universidade, na qual nos situávamos.

Contudo, salvo algumas experiências pontuais, não havia uma aproximação maior entre essas instituições e os movimentos sociais com a universidade. Em uma das primeiras reuniões que participamos, um integrante dos movimentos sociais problematizou a nossa presença, questionando qual seria o nosso interesse “*vocês querem aplicar questionários ou só montar alguma cena? Vocês querem lutar com a gente?*” (sic) (Anotações de pesquisa).

Tal provocação é legítima, no sentido que alguns grupos nas universidades não assumem para si a defesa de alguns direitos básicos. Mesmo esses grupos dialogando, constantemente, com pessoas em situação de violação de direitos. Assim, passado esse período inicial de aproximação, fomos nos transformando em copartícipes no enfrentamento ao HIV/Aids em Parnaíba, mas não em uma posição de tutela, e sim de potencializar, a partir do espaço privilegiado da academia, alguns debates e ações.

## **7 GOVERNANDO VIDAS: UMA LEITURA PSICOSSOCIAL DOS INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS**

Antes de iniciar a discussão desta unidade é necessário fazermos uma ressalva acerca da sua organização e dos elementos que o compõem, e da unidade subsequente. Como o objetivo geral da pesquisa que subsidiou a escrita desta tese é, a saber: “analisar as estratégias de governamentalidade presentes na política de prevenção à juvenilização da Aids no Delta do Parnaíba”, buscamos fazer um exercício analítico, que ajudasse a visibilizar a dinamicidade presente nas estratégias institucionais de prevenção ao HIV/Aids na cidade.

Dessa forma, as reflexões apresentadas não têm a intenção de constituir uma leitura generalizante, tomando por base os indicadores epidemiológicos ou a “opinião” dos entrevistados. Reconhecemos que a produção de instrumentos de pesquisas é um produto dialógico. Neste sentido, adotaremos o rigor metodológico como explicitação de procedimentos e escolhas negociadas e justificadas (SPINK; MENEGON, 2004).

Compreendemos que as análises produzidas podem contribuir no delineamento metodológico de outras pesquisas, como também subsidiar iniciativas de planejamento, monitoramento e avaliação de políticas públicas, bem como o próprio controle social desenvolvido pelos movimentos sociais organizados presentes em Parnaíba e nas outras partes do país. Assim, a análise das informações produzidas na pesquisa que subsidiou a escrita desta tese seguiu dois eixos:

- A) Informações epidemiológicas acerca do HIV/Aids em Parnaíba registradas nos boletins epidemiológicos e outros documentos produzidos e/ou disponibilizados pelo Programa Municipal de Prevenção ao HIV/Aids em Parnaíba, bem como o banco de dados dos sistemas nacionais de vigilância em saúde;
- B) Análise das entrevistas realizadas com os profissionais de saúde e com a gestora do Programa, e das oficinas com os jovens.

Com vistas a uma melhor organização do argumento, cada eixo da análise comporá uma unidade. Assim, iniciamos as nossas reflexões acerca das informações epidemiológicas.

### **7.1 APONTANDO CAMINHOS: CONTRIBUIÇÕES DA EPIDEMIOLOGIA NA PREVENÇÃO AO HIV/AIDS EM PARNAÍBA**

Nesse tópico da análise, utilizamos o recurso dos indicadores epidemiológicos como uma estratégia para ilustrar os dados relativos à epidemia de HIV/Aids em Parnaíba, na série histórica entre 2011 e 2016. Com esse propósito, optamos por organizar as informações

através da epidemiologia descritiva<sup>42</sup> (WERNECK, 2009) por permitir visibilizar o quantitativo de pessoas que vivem com HIV/Aids na cidade.

As informações, aqui apresentadas e discutidas, foram catalogadas nos Sistemas de Vigilância em Saúde do SUS, especialmente os dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), Sistema de Informação Sobre Mortalidade (SIM), Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (SISCEL), Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM), além de informações disponibilizadas pelo Programa Municipal de HIV/Aids de Parnaíba.

Antes de iniciar o debate, vale ressaltar que as informações presentes nesses sistemas estão defasadas. Infelizmente não encontramos todas as informações consolidadas do ano de 2016, principalmente, nos sistemas nacionais. Dessa forma, em alguns gráficos e tabelas que apresentamos, há o registro das informações do recorte temporal de 2011 a 2015.

Inicialmente fizemos uma explanação dos indicadores epidemiológicos relacionados à epidemia de HIV/Aids em Parnaíba, realizando algumas comparações entre as parcelas da população parnaibana, como homens, mulheres, jovens e crianças, e contrastando as informações desse nível mais local com os indicadores do Piauí, da região Nordeste e do Brasil.

Em uma segunda parte, apresentamos uma leitura crítica a partir do que essas informações de cunho epidemiológico denunciam/apontam acerca das tendências da epidemia de HIV/Aids em Parnaíba, bem como os segmentos populacionais mais vulneráveis a esta.

Assim, iniciando a apresentação e a descrição das informações acerca dos casos de Aids que foram notificados pelo SINAN, entre os anos de 2011 e 2016, estruturamos a tabela abaixo:

**Tabela 3** - Casos de AIDS notificados no SINAN, declarados no SIM e registrados no SISCEL/SICLOM por ano de diagnóstico

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
<b>Homens</b>	17	14	17	17	16	12
<b>Mulheres</b>	07	07	11	10	08	10
<b>Total</b>	24	21	28	27	24	22

Dos casos notificados, na série:

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
--	------	------	------	------	------	------

<sup>42</sup> A epidemiologia descritiva tem por objeto a variabilidade da frequência das patologias no nível coletivo, utilizando variáveis ligadas ao tempo, a fatores populacionais, ambientais e à pessoa.

<b>Menores de 05 anos</b>	00	00	00	00	00	00
<b>Entre 15 a 24 anos</b>	02	02	00	03	03	05

**Fonte:** MS/SVS/Departamento de IST/AIDS e Hepatites Virais.

Notas: (1) SICLOM utilizado para validação dos dados do SISCEL; (2) SINAN de 1980 até junho/2015, SISCEL de 2000 a junho/2015 e SIM de 2000 a 2014; (3) Dados preliminares para os últimos 5 anos.

Conforme as informações disponibilizadas nas duas tabelas acima, em Parnaíba há mais casos notificados em homens em comparação com o quantitativo de mulheres. Entretanto, observa-se que a diferença entre ambos diminuiu em 2016, quando foi registrado apenas dois casos a mais em homens. Nos anos anteriores, essa diferença era maior, a exemplo do ano de 2015, em que os casos notificados em homens foi o dobro do registrado em mulheres.

Outras observações relevantes dizem respeito das crianças e jovens. No caso das crianças menores de cinco anos, não há registro de ocorrências, o que aponta que os casos de transmissão vertical<sup>43</sup> são nulos. Acerca dos jovens, entre 15 e 24 anos, a taxa de detecção média foi de 2,5 casos por ano. Contudo, quando observamos as informações relativas a 2016, neste ano ocorreram o registro de 05 novos casos.

**Tabela 4 - Taxa de detecção (por 100 mil hab.) de casos de AIDS notificados no SINAN em Parnaíba, declarados no SIM e registrados no SISCEL/SICLOM, por ano de diagnóstico**

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
<b>Homens</b>	24,2	19,8	22,6	18,4	22,6	16,6
<b>Mulheres</b>	9,1	7,8	11,7	10,4	10,4	12,8
<b>Total</b>	16,4	13,5	16,8	14,1	16,0	14,6

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
<b>Menores de 05 anos</b>	00	00	00	00	00	00
<b>Entre 15 a 24 anos</b>	7,0	7,0	00	17,4	10,4	17,6

**Fonte:** MS/SVS/Departamento de IST, AIDS e Hepatites Virais.

<sup>43</sup> A transmissão vertical é a transmissão de uma infecção ou doença a partir da mãe para o filho, durante o período da gestação (intrauterino), no parto (trabalho de parto ou no parto propriamente dito) ou pelo aleitamento materno (BRASIL, s/d).

**Notas:** (1) SICLOM utilizado para validação dos dados do SISCEL; (2) SINAN de 1980 até junho/2015, SISCEL de 2000 a junho/2015 e SIM de 2000 a 2014; (3) Dados preliminares para os últimos 5 anos.

Acerca da taxa de detecção por 100 mil habitantes, as mulheres possuem uma taxa menor que os homens, no recorte temporal analisado. Levando em consideração os índices relativos aos jovens entre 15 e 24 anos, no ano de 2014, a taxa de detecção desse grupo foi maior que as mulheres e um ponto menor que o dos homens. No ano de 2015, a taxa de detecção desses foi igual a taxa das mulheres (10,4). Porém, ganha destaque o ano de 2016, quando a taxa dos jovens é maior que a taxa dos homens, das mulheres e da população em geral.

**Tabela 5** - Razão de sexos de casos de AIDS notificados em Parnaíba no SINAN, declarados no SIM e registrados no SISCEL/SICLOM por ano de diagnóstico

2011	2012	2013	2014	2015	2016
2,4	2,0	1,5	1,7	2,0	1,2

**Fonte:** MS/SVS/Departamento de IST, AIDS e Hepatites Virais (s/d).

A razão média dos casos notificados em Parnaíba, no período de 2011-2016, foi de 1,8. Uma razão entre os sexos biológicos baixa, mas igual a média nacional nesse período que também teve um registro de 1,8 (BRASIL, 2016).

**Tabela 6** - Óbitos por causa básica AIDS em Parnaíba

2011	2012	2013	2014	2015
07	09	05	05	04

**Fonte:** MS/SVS/DASIS/Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

Sobre os óbitos que tiveram como causa básica a Aids, no período de 2011-2015 foi registrada uma média de seis mortes anuais. Infelizmente as informações relativas a 2016 não se encontram disponíveis nos sistemas de notificação.

**Tabela 7** - Casos de AIDS notificados no SINAN, segundo raça/cor, por ano de diagnóstico, em todas as faixas etárias

Cor/Raça	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Branca	02	02	03	02	00	00
Preta	00	01	01	00	00	01

<b>Pardo</b>	13	11	15	04	17	09
<b>Amarela</b>	00	00	00	00	00	00
<b>Indígena</b>	00	00	00	00	00	00
<b>Ignorado</b>	01	00	00	00	00	00

**Fonte:** MS/SVS/Departamento de IST, AIDS e Hepatites Virais.

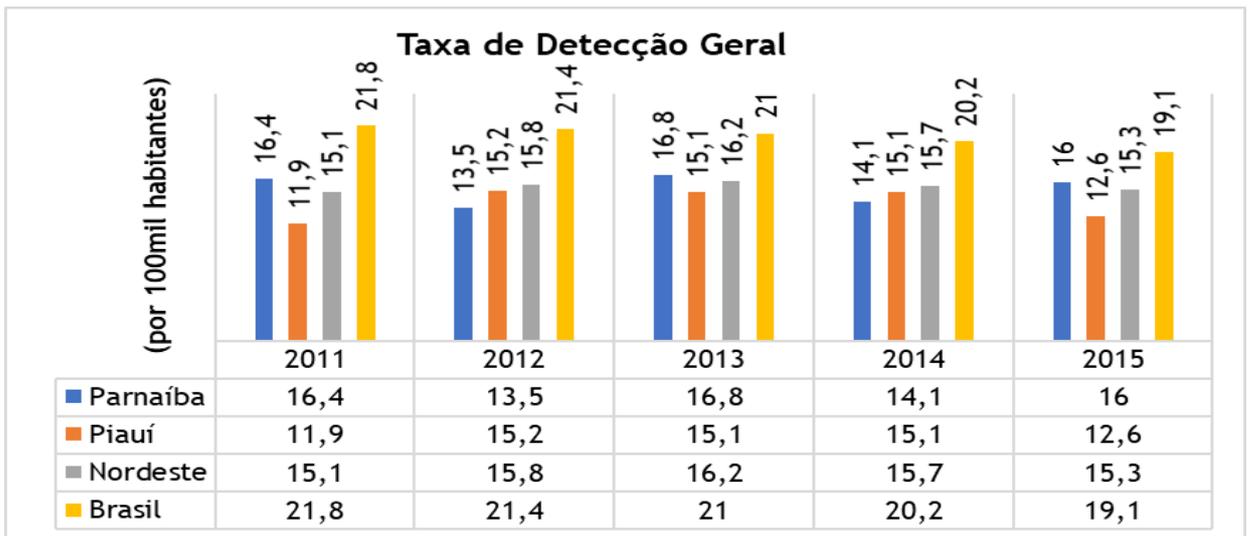
Entre os anos de 2011 a 2016, o número de casos de Aids identificados em pessoas pardas foi muito maior que o quantitativo em pessoas brancas. Além desses aspectos, também ganham destaque os anos de 2015 e 2016, em que os casos registrados foram exclusivamente em pessoas pardas ou pretas, apontando para uma “racialização” da epidemia de HIV/Aids em Parnaíba.

**Tabela 8 - Casos de AIDS notificados no SINAN, segundo escolaridade, por ano de diagnóstico**

<b>Grau de escolaridade</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
<b>Analfabeto</b>	01	01	02	01	01	01
<b>Fundamental incompleto</b>	05	03	05	01	05	03
<b>Fundamental completo</b>	01	01	01	04	04	01
<b>Ensino Médio completo</b>	05	02	07	01	05	05
<b>Superior completo</b>	02	01	00	00	01	01
<b>Ignorado ou não se aplica</b>	02	06	06	01	02	00

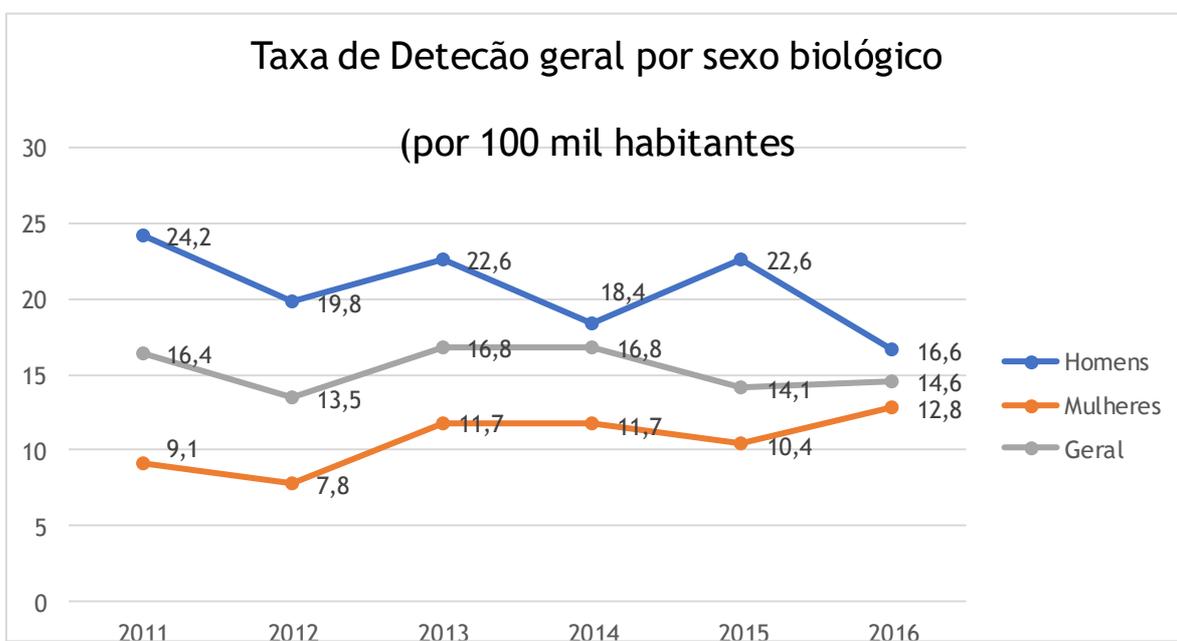
**Fonte:** MS/SVS/Departamento de IST, AIDS e Hepatites Virais.

Examinando a tabela acima, é possível identificar que as taxas de detecção em pessoas com baixa escolaridade se aproximam das pessoas que possuem o ensino médio completo. Outra informação que se destaca é o baixo quantitativo de pessoas que completaram o ensino superior; nos anos de 2015 e 2016 foi registrado apenas um caso em cada ano. Essa característica é relevante, pois Parnaíba se configura como uma cidade universitária, mas convém ressaltar que as pessoas “migram” para estudar na cidade e retornam aos seus locais de origem após a conclusão da graduação.

**Gráfico 2 – Taxa de Detecção Geral**

Fonte: MS/SVS/Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais

Analisando o gráfico sobre a taxa de detecção da população geral entre 2011 a 2015, é possível contrastar a taxa de Parnaíba com as taxas piauiense, nordestina e brasileira. Dessa forma, pode-se observar que a taxa de Parnaíba ficou abaixo do índice nacional, mas o índice da cidade ficou acima da taxa do Piauí e do Nordeste em três anos (2011, 2013 e 2015).

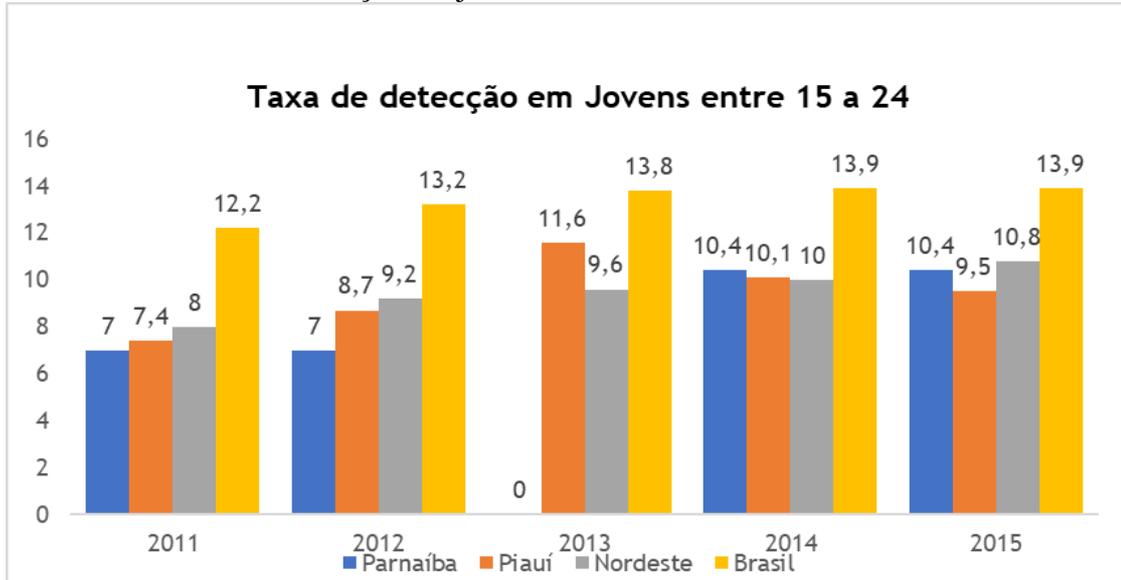
**Gráfico 3 - Taxa de detecção geral por sexo biológico**

Fonte: MS/SVS/Departamento de IST, AIDS e Hepatites Virais

Proporcionalmente os homens são mais acometidos pelo HIV do que as mulheres. Entretanto, observa-se um leve aumento na taxa das mulheres, quando, a partir de 2013, a taxa fica acima dos 10 pontos. Acerca das variações, a taxa dos homens apresenta uma variação maior. Por exemplo, comparando-se o índice de 2011 com 2012 ocorreu uma oscilação

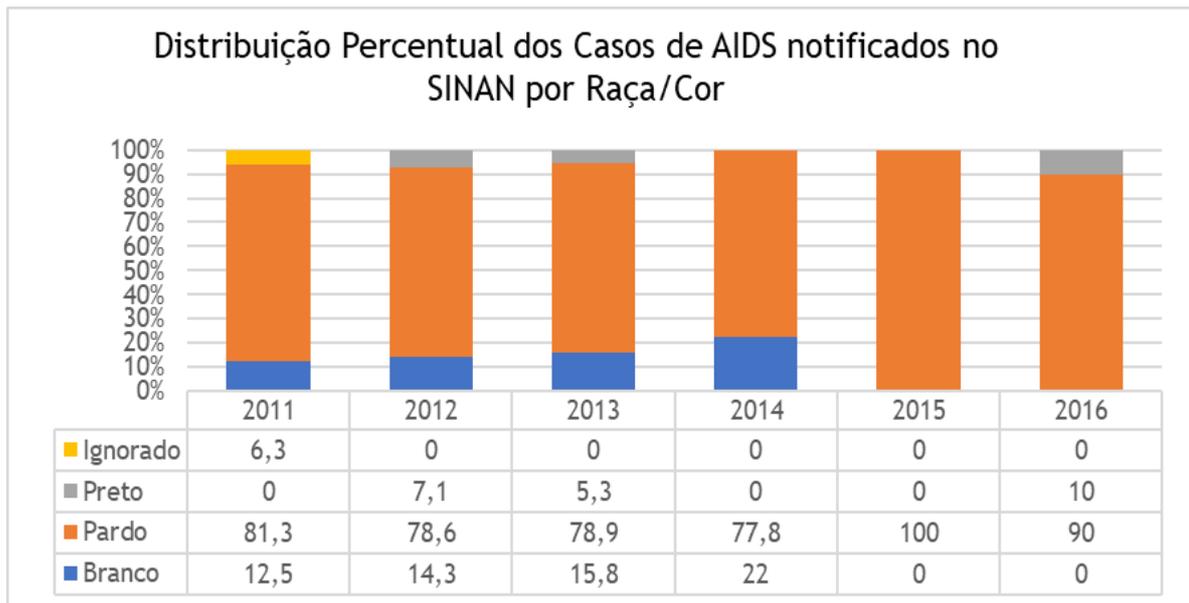
negativa de 4,4 pontos. De forma semelhante, nas taxas masculinas de 2014 e 2015 há uma variação positiva de 4,2 pontos. No ano de 2016, as taxas dos homens, mulheres e geral apresentam uma tendência de equilíbrio, sendo a diferença entre homens e mulheres de 3,8 pontos.

**Gráfico 4 - Taxa de detecção em jovens entre 15 a 24 anos**



**Fonte:** MS/SVS/Departamento de IST, AIDS e Hepatites Virais.

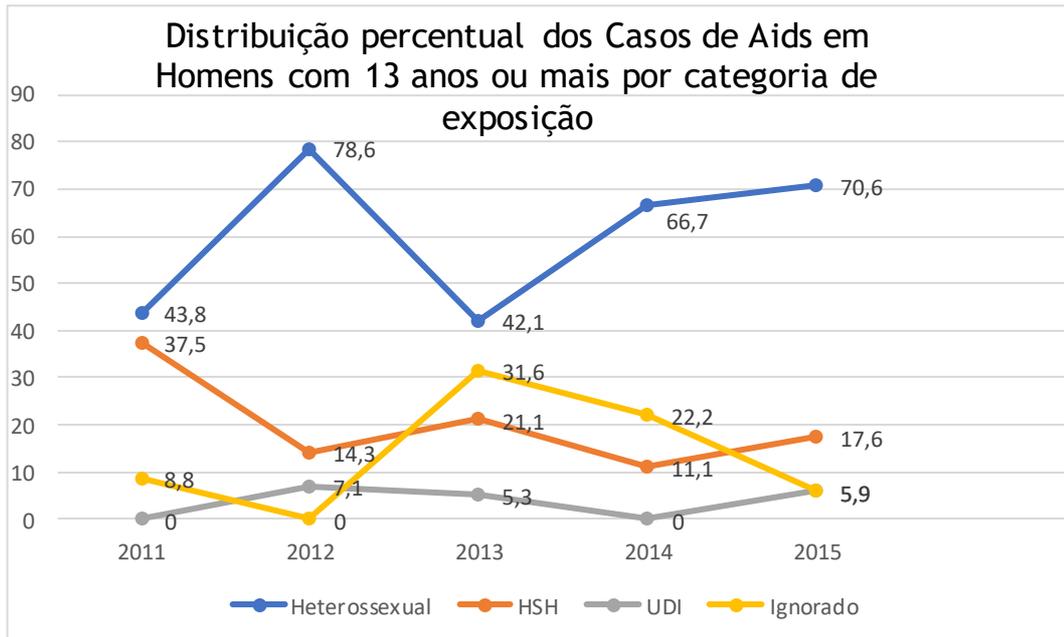
A taxa de detecção em jovens, entre os anos de 2011 e 2013, registradas em Parnaíba, foi menor que a taxa nordestina e do estado do Piauí, ganhando destaque o ano de 2013, cuja taxa foi nula. Contudo, no ano de 2014, a taxa de Parnaíba foi maior que a registrada no conjunto das demais cidades nordestinas. Em 2015, configura-se ligeiramente menor que a taxa nordestina. Quando comparadas as taxas de Parnaíba com as taxas do Piauí, os resultados da cidade assumem uma tendência crescente, chegando a variar positivamente quase um ponto (0,9) no ano de 2015.

**Gráfico 5 - Distribuição Percentual dos Casos de AIDS notificados no SINAN por Raça/Cor**

**Fonte:** MS/SVS/Departamento de IST, AIDS e Hepatites Virais.

Discorrendo sobre o gráfico que apresenta as informações condensadas sobre raça/cor, ganha destaque a porcentagem de pessoas pardas vivendo com HIV/Aids que são notificadas pelo sistema, a exemplo do ano de 2015, quando 100% dos novos casos registrados foram em pessoas que se autodeclararam pardas. Se considerarmos pardos e pretos como pessoas negras, na série histórica que o gráfico apresenta, as taxas correspondem a 81,3% em negros e negras no ano de 2011; 85,7% em 2012; 84,2% no ano de 2013; 77,8% em 2014 e 100% nos anos de 2015 e 2015. Essa é uma informação importante no que diz respeito ao “perfil da epidemia” de HIV/Aids em Parnaíba e se configura como um desafio às ações de prevenção.

**Gráfico 6** - Distribuição Percentual dos Casos de AIDS em Homens com 13 anos ou mais por categoria de exposição



Fonte: MS/SVS/Departamento de IST, AIDS e Hepatites Virais

Na série histórica analisada, a principal forma de exposição ao HIV é pela via heterossexual. Além disso, é bastante significativa a diminuição da taxa proporcional de homens que fazem sexo com homens (HSH), que varia de 37,5 em 2011 para 17,6 em 2015, apresentando assim um recuo de 19,9 pontos. Outra informação importante são as formas de exposição que são classificadas como “ignoradas”. Isso corresponde a uma fragilidade na notificação das categorias, sobretudo, porque em 2012 o índice foi nulo, e em 2013 o percentual foi maior que os índices somados de homens que fazem sexo com homens (HSH) e usuários de drogas injetáveis (UDI). Contudo, em 2015 ocorreu um declínio bastante significativo. O percentual de contaminação através do consumo de drogas injetáveis também apresenta uma pequena variação.

### 7.1.1 Uma leitura crítica dos indicadores epidemiológicos

Após a apresentação das informações epidemiológicas, realizamos agora um exercício reflexivo, sobretudo, pelo lugar que os indicadores epidemiológicos ocupam na formulação e elaboração de políticas públicas de saúde, a partir de dois aspectos que se destacaram na organização dessas informações. Primeiro na dimensão da cor/raça e posteriormente nos aspectos relacionado aos jovens.

Para tanto, vamos desenvolver três linhas argumentativas, a saber:

a) Primeiramente uma reflexão de como a epidemiologia opera como estratégia biopolítica, através da instauração de uma anátomo-política disciplinar por meio de procedimentos institucionais de modelagem das pessoas e de gestão da coletividade;

b) Raça como um potente determinante social na epidemia de HIV/Aids;

c) Os jovens e os números da epidemia em Parnaíba.

Tomando como referência algumas postulações foucaultianas, é possível tecermos algumas considerações acerca da epidemiologia enquanto estratégia para o governo das coletividades. Como argumentamos na terceira unidade, o governo da população tem como tática o gerenciamento sobre a vida e as formas de viver, agindo diretamente sobre esses dois aspectos. A vida e o viver tornam-se uma realidade biopolítica na medida em que a saúde e os processos de adoecimento se configuram como problemas do corpo social.

Os investimentos na vida e no fazer viver trazem como marca aquilo que Foucault (1995b) denomina de noso-política, na qual se apresenta um deslocamento dos “encargos coletivos da doença realizados pela assistência aos pobres” para a saúde como uma problemática no governo das populações, “a saúde de todos como urgência de todos; estado de saúde de uma população como objetivo geral” (FOUCAULT, 1995b, p. 195). É nesse ensejo que ganha importância a formulação de ações institucionalizadas de saúde, como uma forma de cuidado à população, como no caso em tela, o HIV/Aids.

O governo das populações estrutura-se em um conjunto complexo e heterogêneo de tecnologias, regimes de verdade e estratégias, a exemplo das pirâmides etárias, as projeções acerca das expectativas de vida, os gráficos com as morbidades, crescimento das riquezas, mapas que apresentam a distribuição da população no território, além de outros elementos que dizem respeito à organização e aos modos de viver da população (FOUCAULT, 1999).

Como afirma Foucault (1999), no ensejo da constituição dos Estados modernos são criadas as condições de possibilidade para o estabelecimento de uma anátomo-política disciplinar, assim como da biopolítica normativa, enquanto procedimentos institucionais de produção dos sujeitos e de gestão da coletividade. Através desse cenário e dessa configuração a população passa a ser um “novo corpo: corpo múltiplo, corpo com inúmeras cabeças, se não infinito pelo menos necessariamente numerável” (FOUCAULT, 1999, p. 292).

A biopolítica vai se ocupar, portanto, dos processos biológicos relacionados ao homem-espécie, estabelecendo sobre esses uma forma de regulamentação. Para compreender e conhecer melhor esse corpo, é preciso não apenas descrevê-lo e/ou quantificá-lo – por exemplo, em termos de nascimento e de mortes, de fecundidade, de morbidade, de longevidade, de migração, de criminalidade, etc. –, mas é necessário utilizar outras

estratégias, combinando descrições e quantificações, comparando-as e, sempre que possível, prevendo seu futuro por meio do passado. Para isso, pode-se recorrer à produção de múltiplos saberes, como a Estatística, a Demografia e a Medicina Sanitária. Será por meio desses processos que a biopolítica construirá estratégias que buscam assegurar a regularidade, a normatividade, das formas de viver.

Também, nesse ponto da discussão, é necessária uma reflexão sobre a norma, visto que ela opera tanto na dimensão dos processos de regularidade, quanto nas irregularidades. Ao esquadriharmos o corpo social, como uma estratégia de governo, passamos a operar com o que é regular e o que viria a ser o “irregular”. O conhecimento produzido por meio desse estratagema passa a se configurar como um regime de verdade<sup>44</sup>, para definir tanto o normal como o anormal, entendendo que no campo das anormalidades, nos “desvios”, é justamente o que justifica o investimento da norma. A norma se conforma como um princípio de segurança à população (FOUCAULT, 2002).

É nesse cenário que a epidemiologia, junto à estatística, passa a operar como uma ferramenta biopolítica por meio da medicina social, que se organiza com o aparecimento dos Estados modernos. A relação que se estabelece entre a epidemiologia e as ações sanitárias, atua como formas de esquadrihamento da população. A epidemiologia, em uma das suas definições difundidas, é conceituada como o campo do conhecimento que tem como objeto de interesse os modos de transmissão, controle e as formas de distribuição das doenças na população (ALMEIDA-FILHO, 2007).

A epidemiologia constitui-se, assim, em uma ferramenta de saúde pública que marca um campo estratégico de conformação da população. E, umas das formas de governo da vida se dá na relação estabelecida entre a epidemiologia e a população. Nesse sentido, o saber epidemiológico caracteriza-se tanto como uma forma de produção de verdade, em termos de regimes de verdade, quanto uma tecnologia de poder. A positividade da associação estabelecida entre a epidemiologia e a norma é que, por meio da primeira, é possível estabelecer as regularidades e irregularidades da segunda e não apenas as patologias (FOUCAULT, 1995a).

Entretanto, o que interessa em nossa discussão, a partir das informações produzidas e registradas nos sistemas de vigilância em saúde, sobre a epidemia de HIV/Aids em Parnaíba, é o arranjo entre epidemiologia, saúde pública e população. Nesse sentido, a epidemiologia configura-se como uma ferramenta que permite a estratificação e distribuição dos agravos à

---

<sup>44</sup> Um tipo de discurso socialmente acolhido como sendo verdadeiro. Esse discurso escolhido não está isento de um interesse político ou econômico (FOUCAULT, 1999).

saúde no conjunto da população, permitindo a organização de ações de prevenção e controle da epidemia.

Um exemplo dessa associação se deu com o processo de descentralização da testagem ao HIV/Aids nas unidades básicas de saúde (UBS) de Parnaíba. Inicialmente, foram escolhidas as unidades localizadas na região central da cidade, especialmente aquelas que estão em lugares conhecidos como regiões marcadas pela atividade da prostituição. Entretanto, durante esse planejamento, ao observar a distribuição das pessoas vivendo com HIV/Aids, percebeu-se que o maior quantitativo de pessoas vivendo com vírus morava nas regiões mais pobres, vulneráveis e periféricas da cidade.

No processo de implantação nas unidades básicas de saúde (UBS), além da oferta da testagem, foi feito um trabalho de formação dos agentes comunitários de saúde, com o objetivo de repassar algumas informações durante as visitas domiciliares<sup>45</sup>.

Esse exemplo também serve para ilustrar que o controle e as estratégias vão desde ações macrossanitárias até ações mais capilares (microssanitárias). Tais iniciativas são dirigidas a partir do que se configura como regular e irregular, permitindo que os produtos elaborados do saber epidemiológico possam ser generalizados, no sentido em que se estende para além das incidências patológicas.

Além disso, um ponto de tensionamento nessa associação entre epidemiologia, ações públicas de saúde e população, diz respeito às formas como são elaboradas as estratégias de saúde atualmente no Brasil e, em nosso caso especial, que são as ações de prevenção, assistência e controle do HIV. É problemático porque desde os debates da reforma sanitária, ainda na década de 1970 e durante a formulação do Sistema Único de Saúde (SUS), fez-se bastante presente a crítica aos modelos de saúde pública, que se pautam por uma racionalidade que fomentava um controle e hierarquização da população.

Nessa direção, não pretendemos constituir um mapeamento das racionalidades que se fazem presentes no SUS, mas refletir os jogos que se estabelecem em uma ação pública de saúde. E, conforme Paim e Almeida Filho (2000), a epidemiologia, junto à gestão em saúde e as ciências sociais e humanas, torna-se como um campo privilegiado da construção das ações em saúde. Como aparece de forma expressa na Lei Orgânica da Saúde: “utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática” (BRASIL, 1990, p. 4).

---

<sup>45</sup> Essas informações foram repassadas, de forma verbal, pela então Superintendente de Atenção Básica à Saúde de Parnaíba, em uma das reuniões da Rede Aids Delta.

É nessa direção que as políticas e programas de saúde passam a focar no “normal” e no “anormal”. E aqui compreendemos que o anormal não diz respeito a uma figura que representa um desvio da natureza, ou está necessariamente ligado a uma patologia. A figura de anormal vem demarcar os desvios da norma, aquilo que se apresenta como irregularidade, ou ainda, aquilo que “escapa” e possibilita o aparecimento de uma irregularidade (FOUCAULT, 2002).

É por meio desse jogo que a epidemiologia se torna uma prática justificada quando pensamos as ações de saúde. É no estudo do que “é” e do que pode “ser” que o conhecimento epidemiológico traça perfis de prevalência, incidência, distribuição, como realizamos na primeira parte dessa unidade ao apresentamos as informações sobre o HIV/Aids em Parnaíba.

Bastante associada ao “anormal”, a epidemiologia torna possível não só a definição das estratégias em saúde, como também a própria conformação da população em perfis epidemiológicos. Assim, é possível elaborar ações de saúde utilizando critérios como prevalência, incidência, distribuição e até mesmo risco, atuando como uma tecnologia de controle e vigilância da população fortemente presente nas ações relacionadas ao HIV/Aids, a partir do seu “perfil epidemiológico”. Contudo, convém ressaltar que na construção desse perfil, algumas regularidades contam e outras não.

Nesse sentido, a assistência à população é conformada pela produção da epidemiologia, usando como um princípio basilar a máxima “conhecemos para cuidar e cuidamos daquilo que conhecemos”. Assim, o saber epidemiológico como um “regime de verdade” na saúde, configura-se tanto como uma forma de inteligibilidade quanto uma maneira de condução das condutas, estabelecendo prioridades, financiamento, etc.

A epidemiologia, ao definir e caracterizar uma determinada população no que diz respeito às necessidades e problemas de saúde na configuração atual do SUS, também estabelece modalidades de acesso à saúde pelas pessoas, que não se restringem às formas de atenção à saúde, mas diz respeito à maneira pelas quais os sujeitos dão a conhecer a saúde.

Outro ponto, é o uso estratégico do saber epidemiológico. As informações da epidemia de HIV/Aids em Parnaíba, especialmente os números relacionados às mulheres, é uma preocupação do Programa Municipal de HIV/Aids. Um exemplo de como o uso das informações produzidas pela epidemiologia ajudam na conformação de determinadas práticas é o episódio ocorrido com a Associação das Profissionais do Sexo de Parnaíba (APROSPA).

Com a atual crise de financiamento das organizações da sociedade civil, a APROSPA não teve condições de manter a sua sede em funcionamento. Com o risco iminente de encerrar as suas atividades, a coordenação do Programa Municipal de HIV/Aids negociou com a

Secretaria Municipal de Saúde uma sala dentro do prédio do CTA/SAE para abrigar de forma provisória a associação. O argumento utilizado pela gestora do programa foi a feminização do HIV em Parnaíba.

As políticas de saúde, ao operarem a partir da epidemiologia, constituem um campo de governo das vidas que recorre a ações de atenção à saúde, permitindo alguns processos de subjetivação em detrimento de outros. Nesse sentido, mais do que irregularidades, aquilo que escapa, acaba por assumir uma condição de invisibilidade na política. A questão aqui não está relacionada à compreensão de que o SUS, ou as ações públicas institucionalizadas de saúde, deveria abarcar todas as formas de viver, pois, assim, haveria uma medicalização totalitária da vida.

O tensionamento se dá pelo investimento em algumas formas de viver, em detrimento de outras. O conhecimento produzido na saúde, ao esquadrihar a população, acaba por estabelecer aquilo que conta e aqueles em que se investe em termos de um fazer viver. As ações de saúde tornam-se, então, uma estratégia do conhecimento nesse processo de esquadrihamento do direito à vida e as possibilidades de viver.

### **7.1.2 A problemática da raça nos estudos epidemiológicos**

Ao analisarmos as informações disponibilizadas nos sistemas de vigilância em saúde do SUS, acerca da epidemia de HIV/Aids em Parnaíba, chamaram nossa atenção as taxas bastante prevalentes nas pessoas autodeclaradas pardas e pretas.

Assim, nesse ponto da análise, vamos nos debruçar sobre a relação existente entre o aspecto racial e a epidemia de HIV/Aids. Entretanto, algumas ressalvas devem ser feitas para explicitar o nosso posicionamento nesse debate. Como afirma Laguardia (2002), as noções socialmente construídas acerca da raça são compreendidas como variáveis biológicas e passam a ser utilizadas para determinar o “risco” de algumas doenças.

Dessa forma, uma possível explicação para a permanência ainda fortemente presente das ideias sobre raças humanas biológicas, pode ser explorada naquilo que Foucault (1999) ponderou sobre uma mecânica do poder-saber. Na busca por tecer evidências biológicas entre as raças, reafirma-se o objetivo de dissimular e negar o caráter sócio-histórico e cultural dessa diferença, encravando-a nos corpos, introduzindo-a nas condutas, tornando princípio de classificação e inteligibilidade e constituindo uma “ordem natural” da desigualdade. No contexto brasileiro, o debate sobre raça aparece quando se reflete acerca das condições de vida de negras e negros brasileiros.

Trazendo essa discussão para a assistência à saúde da população negra no Brasil, alguns autores, como Monteiro (2012), posicionam-se de forma crítica ao apontar que a maior

parte das publicações relacionadas à saúde da população negra, é produzida pelos movimentos sociais. Isso indica que a invisibilidade do recorte étnico-racial nas pesquisas e nos materiais em saúde pública são decorrentes do não reconhecimento do racismo na sociedade brasileira.

Outros autores, como Luís Eduardo Batista e Suzana Kalckmann (2005), já afirmavam no começo dos anos 2000, que haveria uma espécie de acordo tácito entre gestores do sistema de saúde e produção acadêmica para ofuscar a saúde da população negra, ao desconsiderar as chaves explicativas sociológicas que reduzem o racismo às disparidades econômicas. Ou seja, ganha destaque a questão econômica (pobreza), desprezando os processos de vulnerabilidade e exclusão decorrentes da raça. Por meio desse posicionamento, as explicações para os agravos em saúde que se baseiam apenas na pobreza seriam equivocadas e tais “respostas” agem como versões atualizadas, para o campo da saúde, do mito da democracia racial brasileira.

Contudo, no ensejo dessas discussões, alguns processos reflexivos vêm ganhando destaque. Presume-se a proclamada racialização de um novo tipo de perspectiva acerca do entendimento da raça, compreendida agora como uma categoria criada por teóricos do século XVIII, veiculada pelo determinismo biológico do século XIX em razão de uma divisão hierárquica da humanidade. Nessa direção, as categoriais criadas pelo racismo científico são ressignificadas e transformadas em instrumentos privilegiados da luta antirracista.

Alguns autores, como Guimarães (1999), argumentam que existe uma necessidade de teorizar as ‘raças’ como elas são. Ou seja, construtos sociais, formas de identidade baseadas numa ideia biológica errônea, mas socialmente eficazes para construir, manter e reproduzir diferenças e privilégios. Nesse sentido, esse movimento coloca na ordem do dia a desnaturalização da raça enquanto conceito biológico e destaca seu caráter sociocultural como um instrumento identitário bastante potente, que pode ser utilizado com vistas a uma sociedade justa e igualitária.

Dessa forma, é importante ponderamos acerca da informação raça/cor, no intuito de desvelar as desigualdades raciais em saúde. Partimos da posição de que raça, classe social, gênero e geração são elementos estruturais em nossa sociedade que produzem efeitos na saúde, bem como na assistência e nos processos de adoecimento e morte (BATISTA; BARROS, 2017; WERNECK, 2016).

No entanto, é importante reconhecer que a incorporação da questão racial no âmbito do Sistema Único de Saúde não foi pacífica, pelo contrário, sua inserção só veio a ser pautada em decorrência da atuação do movimento negro nas discussões em saúde coletiva no Brasil. Autores como Luís Eduardo Batista e Sônia Barros (2017) nos auxiliam a tecer uma “linha do

tempo” que possibilita assinalar as formas como foram sendo progressivamente incorporados nos sistemas de vigilância em saúde e nos protocolos do SUS, o quesito raça/cor.

Segundo estes autores, ainda em 1990 lideranças do movimento negro, com base nos pressupostos teóricos da saúde coletiva e dos indicadores que informam assimetrias de gênero e raça, começaram a indagar acerca da relação existente entre racismo e saúde, pautando junto as instâncias governamentais a inclusão da questão racial nos sistemas de informação em saúde. A primeira experiência de inclusão ocorreu na cidade de São Paulo-SP, por meio da portaria nº 690/1990, da Secretaria Municipal de Saúde (BATISTA, BARROS, 2017).

Em 1996<sup>46</sup>, o quesito raça/cor foi incluído no Sistema de Informações sobre Mortalidade e no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos do Ministério da Saúde, sendo oficializado dois anos depois por meio da portaria nº 3947/1998. Em 2007, ocorre a inclusão do quesito raça/cor no Sistema de Informação Ambulatorial e Hospitalar do SUS, por meio da portaria do Ministério da Saúde, nº 719, de 28 de dezembro de 2007 (BATISTA, BARROS, 2017).

A incorporação das informações acerca da raça foi importante na medida em que permitiu visibilizar, a partir das informações de cunho epidemiológico, as iniquidades raciais nas condições de vida da população e seu impacto no perfil de morbimortalidade. Ou seja, essas informações acabaram corroborando com as pautas do movimento negro na saúde e com as produções das ciências sociais e humanas, no âmbito acadêmico, que problematizavam essas questões (KALCKMANN, et. al, 2007; BATISTA, BARROS, 2017).

Trazendo essa discussão para o debate sobre HIV/Aids, alguns autores como Peter Fry et al, (2007), refletem acerca dos dados epidemiológicos ligados à questão de raça/cor no Brasil. Esses autores apontam que diversos outros lugares do mundo, como os Estados Unidos, atribuem à raça uma variável fundamental. No cenário brasileiro, o uso da variável “raça” nos sistemas nacionais de vigilância em saúde, que consolidam direta ou indiretamente as informações relativas ao HIV/Aids no país, são recentes, o que impede uma análise epidemiológica de maior complexidade.

Outro elemento que também ocorre com a subnotificação dos casos em pessoas negras, está relacionado ao processo de classificação, ou melhor, quem classifica as pessoas em negras, brancas, etc. A catalogação do termo “raça/cor” presente nas informações do banco de dados do Departamento de IST/HIV/Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde,

---

<sup>46</sup> Até 1996, as questões relacionadas a saúde da população negra eram associadas com condições de vida, o entendimento era que os/as negros/as morriam mais por serem pobres e não por questões relacionadas ao racismo institucional na saúde.

é realizada pelos profissionais de saúde. No entanto, na construção das taxas de prevalência e incidência, são utilizadas as informações disponibilizadas pelo IBGE, que tem como critério a autoclassificação racial (FRY, P. et al, 2007).

Essa falta de rigor no que corresponde ao preenchimento das informações raciais acaba por dificultar no reconhecimento e abordagem dos determinantes sociais das condições de saúde, bem como a produção e utilização de dados desagregados que orientam as tomadas de decisão e a definição de prioridades e a alocação de recursos. Essa “confusão” acaba por não possibilitar o estabelecimento de metas diferenciadas, nem indicadores sensíveis, atualizando as consequências do histórico escravagista na saúde e conformando essa questão como algo de difícil solução (LOPES, 2013).

Outra questão também sensível na utilização da raça nas estatísticas é a junção de certas categorias, como realizamos nesse ponto da discussão. As informações relacionadas às pessoas pardas e pretas foram agrupadas como informações que dizem respeito à parcela da população negra, e isso produz efeitos na compreensão dos dados epidemiológicos (CHOR, 2013).

Assim, no que diz respeito às questões raciais em saúde, o saber epidemiológico, entre outras funções, permite denunciar algumas iniquidades sobre a saúde da população negra. Como ocorreu quando descrevemos os dados sobre a epidemia de HIV/Aids em Parnaíba. Na série histórica que analisamos (2011-2016), a proporção de negras e negros infectados pelo HIV sempre foi superior à população branca. Nesse intervalo de tempo, 88,23% dos casos de HIV registrados foram em pessoas negras e 10,5% em brancos (SINAN, s/d). Contudo, segundo os dados do último censo (IBGE, 2010), 64,05% dos habitantes da cidade são negros e 34,63% são autodeclarados brancos.

Associado a essas informações, é importante levarmos em consideração os locais da cidade que concentram os maiores números de casos. Ao realizar essa articulação, vemos a associação entre raça e pobreza. A tabela abaixo, construída a partir das informações disponibilizadas pelo Programa Municipal de HIV/Aids de Parnaíba, ajuda-nos a ilustrar e ter uma dimensão do problema.

**Tabela 9 - Área com maior incidência em comparação com uma das áreas com menor incidência de HIV em Parnaíba (2011-2015)**

BAIRRO	Nº de casos em 2011	Nº de casos em 2012	Nº de casos em 2013	Nº de casos em 2014	Nº de casos em 2015	TOTAL
<b>Piauí</b>	5	3	7	7	4	<b>26</b>

<b>Reis Velloso</b>	0	0	0	2	1	<b>3</b>
---------------------	---	---	---	---	---	----------

**Fonte:** Programa Municipal de HIV/Aids de Parnaíba.

Na tabela acima estão as informações acerca da epidemia de HIV/Aids em dois bairros de Parnaíba, sendo um deles com uma população em situação de extrema pobreza e outro, um bairro de classe média alta.

O bairro Piauí, que concentra 19,28% dos novos casos de HIV<sup>47</sup>, é uma das regiões mais pobres da cidade, sua formação se deu através de ocupações irregulares e do aterramento de uma antiga lagoa. O local possui alguns equipamentos públicos, como Unidade Básica de Saúde e escolas e um Centro de Referência da Assistência Social, mas grande parte da população residente não tem acesso a saneamento básico. É um dos maiores bairros de Parnaíba, em termos territoriais e populacionais. Segundo informações do Censo 2010, sua população era de aproximadamente 17.943 habitantes, composto por 8.646 homens e 9.297 mulheres, e deste total, 8.328 habitantes tinham até 24 anos de idade (IBGE, 2010).

Em comparação, o bairro Reis Velloso, que corresponde a 2,85% dos novos casos<sup>48</sup>, é a região mais nobre da cidade. Sua ocupação se deu através da construção de alguns condomínios e sua população é de aproximadamente 2.526 habitantes, composto por 1.171 homens e 1.355 mulheres. Do total, 1.052 habitantes têm até 24 anos de idade (IBGE, 2010). No território do bairro está instalado o Parnaíba Shopping, um dos dois centros de compras desse formato na cidade. Essa região é uma área de crescimento da cidade e fica próximo ao campus da Universidade Federal do Piauí. Outra informação importante é que esses dois bairros são vizinhos. A “fronteira” existente entre eles é a Avenida São Sebastião, uma das principais vias da cidade.

A construção social da desigualdade de oportunidades entre brancos e negros acabam por operar como importantes vetores das possibilidades de vida dos grupos sociais. Cashmore (2000) é um dos autores que denuncia a desvantagem de negros quanto ao salário, o acesso e permanência na Educação, habitação e a exclusão de vários direitos sociais, perfazendo, nesse sentido, um quadro permanente de vulnerabilidade social (AYRES et al, 1999).

Como apontado, no bairro Piauí, que se configura como um dos bolsões de miséria da cidade, os seus moradores são, em sua maioria, negros. O bairro tem as menores taxas de escolaridade, moradia (algumas casas ainda não são de alvenaria), e os rendimentos individual e familiar são bem menores (PARNAÍBA, 2012).

<sup>47</sup> No intervalo temporal 2011-2015.

<sup>48</sup> No intervalo temporal 2011-2015.

Segundo o Diagnóstico Socioterritorial e Mapeamento da Rede Socioassistencial das Áreas de Abrangências do CRAS Piauí, realizado em 2012 pela Prefeitura Municipal de Parnaíba, apenas 3% dos moradores tinham ensino superior, já as pessoas sem instrução formal (consideradas não-alfabetizadas) eram 7% dos moradores. Aqueles que haviam concluído o Ensino Médio aparece com 32% e com percentual maior se encontravam as pessoas com Ensino Fundamental, perfazendo 58% (PARNAÍBA, 2012).

As principais atividades econômicas desenvolvidas pelas pessoas que residiam no bairro eram: construção (pedreiro), vendas no comércio, moto táxi, carpinteiro e diarista. Levando em consideração as atividades que mais concentram homens e mulheres, de acordo com o sexo biológico, 42% dos homens residentes desenvolviam a atividade de pedreiro e 35% das mulheres são diaristas (PARNAÍBA, 2012).

Abaixo, a título de ilustração, seguem duas fotos, a primeira é da Rua São Leopoldo, no Bairro Piauí.

**Figura 4** -Moradias do Bairro Piauí



**Fonte:** Google Maps

Essa segunda foto é da Rua Alzira Guilhermina Neves, no Bairro Reis Velloso.

**Figura 5** - Rua do Bairro Reis Velloso



**Fonte:** Google Maps

O que essas informações apontam no que diz respeito às diferenças nas condições e modos de vida de Parnaíba, especialmente, na determinação social da saúde de negros e negras? Para responder a esses questionamentos, recorreremos a autores que discorrem de forma crítica sobre a situação da atenção à saúde da população negra no Brasil. Autores como Cavas (2010), refletem sobre a diáspora negra no país e a perpetuação das desigualdades raciais na sociedade, que produzem assimetrias que perduram até hoje. Essas assimetrias são bem localizadas, a exemplo da problemática em tela, relativa aos índices de infecção pelo HIV na população negra em Parnaíba.

A discrepância que se observa e que foi utilizada para ilustrar a desigualdade e as informações sobre a epidemia presente entre dois bairros parnaibanos que são limítrofes, pode ser compreendida pelo apontamento realizado por autores como Jurema Werneck (2013). A autora explicita o aspecto socioeconômico que subjaz as relações entre negros e brancos, ao afirmar que “raça é a modalidade na qual a classe é vivida” (WERNECK, 2013, p. 14). Nesse sentido, os elementos constituintes da pobreza e da indigência, em nossa sociedade e a maneira como enfrentamos essas assimetrias marcadas pela questão racial, acometem a garantia de direitos sociais. No caso em questão, o direito a informações e insumos de prevenção em saúde sexual.

Refletindo sobre a hierarquização das classes sociais, por meio das questões raciais, Aguiar (2007) nos convida a ponderar que, em nosso país, existem algumas formas de hierarquização que combinam classe social, raça e/ou cor, no processo de formação das nossas diferenças sociais.

No que diz respeito às condições socioeconômicas e suas refrações na saúde, Santos (2011) explana que as pessoas que apresentam um menor poder aquisitivo tendem a estar em situações de maior vulnerabilidade, quando se leva em consideração os riscos ambientais, biomédicos e psicossociais, elementos que atuam na relação entre condições sociais e a incidência de doenças.

Não conseguimos ter acesso aos dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) de Parnaíba para conhecer o quantitativo de mortes ocorridos com causa básica a Aids. Com esses dados seria possível obter a informação relativa a raça/cor dessas pessoas que vieram a falecer. No recorte temporal de 2011 a 2015, foram registrados 30 óbitos, uma média de 7,5 mortes ao ano (SIM, s/d). Entretanto, as altas taxas de detecção registradas na

população negra da cidade, aliadas as informações nacionais nos dão algumas pistas do cenário de mortalidade pelo HIV/Aids.

No cenário nacional, a contaminação pelo vírus HIV, assim como a mortalidade por Aids, vem crescendo entre a população negra. O boletim epidemiológico de HIV/Aids do ano de 2012 traz uma consolidação do quantitativo de mortes na primeira década dos anos 2000 e do ano de 2011. Segundo a publicação, nesse intervalo de tempo, os óbitos por causa base AIDS na população negra, incluindo pretos e pardos autodeclarados, registrou um crescimento de 17%. Em contraste a essa informação, no mesmo período, na parcela branca da população brasileira, ocorreu um decréscimo de 9% nas mortes (BRASIL, 2012).

Além dos números que revelam incidência e prevalência ao HIV, Fontes et. al. 2017 apresentam um estudo que foi realizado pelo Ministério da Saúde em 2008 (BRASIL, 2011), sobre atitudes e práticas relacionadas ao HIV e outras IST's. A pesquisa foi feita com 8 mil pessoas entre 15 e 54 anos de idade. Das pessoas negras que participaram do estudo, 8% não souberam informar as formas de transmissão do vírus. Por outro lado, entre os brancos essa proporção foi 40% menor. A mesma assimetria ocorreu no quesito “conhecimento sobre prevenção ao HIV/Aids”, no qual o conhecimento das pessoas negras que compuseram o estudo foi 30% menor quando contrastado com os brancos. No item “conhecimento correto sobre a doença”, a população negra atingiu 63,5% e entre os brancos esse índice foi de 73%.

As discrepâncias de informações e conhecimento sobre o processo de transmissão do HIV, assim como a prevenção e tratamento da doença, denuncia que além da vulnerabilidade social experienciada pela população negra brasileira, ocorrem ainda desigualdades no acesso aos serviços de saúde, além das informações qualificadas sobre saúde sexual e os insumos de prevenção ao HIV/Aids e demais IST's.

A tendência nacional, presente nos dados sobre a epidemia em Parnaíba, aponta para essa desigualdade que se manifesta pela falta de informação e compreensão acerca da prevenção e diagnóstico das doenças, com ênfase no HIV/Aids, que ainda é um agravo em saúde com uma carga de preconceito muito estigmatizante, que acaba por retardar o diagnóstico e a assistência.

O fator da vulnerabilidade social, associado ao estigma social da Aids, diminui de forma significativa a qualidade de vida, bem como provoca uma série de barreiras para a assistência em saúde a essas pessoas. No caso da população negra, a dificuldade no acesso aos serviços e informações está relacionada ao racismo institucional, forma de racismo bastante presente nas estruturas de saúde (LOPEZ, 2012). Mesmo nos serviços públicos de saúde que atuam através dos princípios da universalidade, integralidade e equidade e nos quais a

população deveria ter suas demandas atendidas de forma equânime, ainda se faz presente um tratamento diferenciado, em relação a grupos com estereótipos físicos e/ou culturais que não seguem o padrão caucasiano.

Essa modalidade de manifestação do racismo aparece, por exemplo, na dificuldade de planejamento de estratégias educativas e afirmativas, relacionadas à temática étnico-racial na saúde (OLIVEIRA, 2002; WERNECK, 2005; SILVA, 2009). Ou como defendem alguns autores como Luís Eduardo Batista et. al (2004):

A morte branca é uma “morte morrida”. Há uma doença negra que não tem causa em doenças; decorre do infortúnio. É uma morte insana, que bule com as coisas da vida, como a gravidez e o parto. É uma morte insana, que aliena a existência de transtornos mentais. É uma morte de vítima, em agressões de doenças infecciosas ou de violência de causas externas. É uma morte que não é morte, é mal definida (2004, p. 635, grifo nosso).

Contudo, vale ressaltar que no SUS existem algumas iniciativas que visam combater essa forma de discriminação na saúde. Uma delas é a Política Nacional de Saúde da População Negra lançada oficialmente em 2009.

Esse documento reafirma os princípios preconizados pelo SUS, reforçando o respeito e a valorização da diversidade étnico-racial brasileira. Todavia, essa política *per se* não resolve o problema do racismo institucional, sendo, portanto, necessária uma série de acordos e investimentos para que o texto da política possa ser implementado, naquilo que Monteiro (2012) afirma a respeito da necessidade de produção de conhecimento científico, capacitação de profissionais de saúde, informação à população e atenção à saúde.

Esse exercício reflexivo é valioso, pois a epidemia de Aids tem uma série de particularidades e ao incorporarmos a questão racial, é possível identificar quais construções históricas, políticas, ideológicas e culturais constituem essa diversidade. Planejar e estruturar ações de prevenção e promoção da saúde requer considerar essa multiplicidade. Desconsiderar a histórica segregação social e cultural das populações negras é invisibilizar a vulnerabilidade da maior parte da população brasileira e isso requer respostas que levem em consideração as características desse grupo.

Associadas a essa compreensão, as políticas de prevenção ao HIV/Aids como elementos presentes nas malhas da governamentalidade trazem os instrumentos técnicos relacionados aos dispositivos de segurança que tem como alvo a população e que elegem a vida como foco principal de intervenção.

### **7.1.3 Os jovens e os números da epidemia de HIV/Aids em Parnaíba**

Conforme já discorremos ao longo dessa tese, nas últimas décadas, a vida sexual dos jovens vem ganhando importância nos debates em saúde. Como aponta Foucault (1993), no

processo de modernização social, a sexualidade e o seu exercício passam a ser um ponto de intersecção entre os sujeitos e a sociedade, pois operacionaliza temas relativos à vida, à saúde, às dinâmicas de adoecimento e morte. Todos esses aspectos possuem interesse especial para políticas por se constituírem como lugar estratégico para a gestão das populações.

Assim, o terceiro e último aspecto que compõe essa unidade está relacionado às informações acerca da epidemia de HIV/Aids entre os jovens de Parnaíba. Os números correspondem a tendências nacionais, entretanto, quando ponderamos acerca dos aspectos locais que produzem as condições de possibilidade para o aparecimento desses números, algumas pistas nos permitem fazer uma leitura mais densa desses indicadores epidemiológicos. Assim, nesse tópico do texto, buscamos compreender essa relação entre os jovens e HIV/Aids, em Parnaíba, a partir dos dados epidemiológicos.

Portanto, um questionamento que surge é: como se explicam esses dados em Parnaíba? Por que as informações descritas sobre o número de jovens parnaibanos entre 15 e 24 anos vivendo com HIV/Aids apresentam uma média mais alta que a taxa do Piauí?

Uma primeira pista que seguimos diz respeito às condições de vida de uma parte relevante da população jovem da cidade. Dessa forma, uma informação local muito importante é que, no ano de 2010, 17,73% dos jovens entre 15 e 24 anos de idade não trabalhavam, nem estudavam e estavam vulneráveis à pobreza na cidade (PNUD, 2013). Ou seja, esse componente da pobreza, que apresentamos na segunda unidade, aparece como um elemento significativo quando temos em tela a questão da juvenilização do HIV. Outro dado que também nos permite fazer essa interlocução, é que os bairros mais pobres de Parnaíba são aqueles com maior concentração de população negra, haja visto o mapeamento realizado pela Secretaria de Desenvolvimento Social de Cidadania, realizando uma “correlação” entre pobreza e negritude (PARNAÍBA, 2012).

Dessa maneira, para compreendermos as informações que os indicadores epidemiológicos acerca da epidemia de HIV/Aids na cidade nos apontam, especialmente no que diz respeito aos jovens, é preciso compreender os processos que determinam a vulnerabilidade da população juvenil ao vírus.

Um primeiro aspecto é que os jovens, essencialmente os de camadas populares da sociedade, estão expostos a uma série de processos de ordem econômica e psicossociais. A infecção pelo HIV é uma das formas de expressão dessa vulnerabilidade, principalmente, por se configurar em um agravo à saúde, infeccioso, incurável e que, no cotidiano, é concebido com fortes processos de estigma, preconceito e discriminação (NASWA; MARFATIA, 2010).

Nesse cenário, o conhecimento torna-se um importante instrumento para a redução das “condutas” que possibilitam uma maior exposição ao vírus, possibilitando que os jovens revejam suas práticas. Entretanto o conhecimento por si só não é suficiente para promover práticas sexuais seguras. Assim, a construção do conhecimento sobre HIV/Aids não se restringe à informação, mas também envolve a compreensão individual do problema, conjunto aos valores culturais e às condições sociais para a adoção de práticas que reduzam a possibilidade de infecção ao vírus.

Dessa forma, o conhecimento sobre o HIV/Aids e suas formas de infecção e prevenção torna-se insuficiente para que um jovem possa adotar práticas preventivas, mesmo reconhecendo a importância da informação para o enfrentamento das vulnerabilidades (FERREIRA, 2008). Portanto, essas questões envolvem aspectos mais amplos que os de ordem técnica. A transformação do conhecimento em práticas seguras é, portanto, mediada pelas relações de gênero, classe social, questões culturais e econômicas, modos de vida, entre outras (CAMARGO; BERTOLDO, 2006).

Nessa perspectiva, como afirmam José Ricardo Ayres et al (2003), a adoção de práticas seguras depende não só da vontade individual, como também dos elementos presentes no contexto social que atuam na forma de compreender essas questões e, portanto, nas mudanças e adoção de outras práticas. Certamente, a pobreza, a violência, a exploração sexual e a dificuldade no acesso aos serviços de saúde aumentam a vulnerabilidade dos jovens ao HIV (FAÇANHA et al, 2004).

Outro ponto que também nos permite explicar alguns aspectos aqui abordados é que as estratégias de prevenção ao HIV/Aids não levam em consideração a cultura sexual do local (PAIVA, 2012). Por mais que as características nacionais devam ser levadas em consideração no desenvolvimento de campanhas e ações educativas, é necessária uma adaptação ao contexto epidemiológico, cultural, social e econômico. O próprio Ministério da Saúde recomenda que os estudos que têm por objeto a avaliação e/ou análise do HIV/Aids precisam ser constantemente atualizados e orientados por meio de uma abordagem regionalizada, contribuindo para o desenvolvimento de propostas mais adaptadas aos contextos sociais, econômicos e culturais específicos (BRASIL, 2002).

Em Parnaíba, no ano de 2014, ocorreu uma reorganização na Secretaria de Saúde e alguns projetos e ações que eram desenvolvidos pelo Programa Municipal de HIV/Aids passaram a ser executados pela Superintendência de Atenção Básica à Saúde, a exemplo do Programa Saúde e Prevenção nas Escolas. Desse modo, os componentes ligados à questão da

saúde sexual foram “diluídos” nos demais temas do Programa Saúde na Escola (Informação verbal).

A investigação da vulnerabilidade dos jovens à infecção pelo vírus necessita considerar os aspectos individuais, sociais e programáticos em que estão inseridos. A vulnerabilidade dos jovens manifesta-se por diferentes formas, envolvendo aspectos relacionados à iniciação sexual, à necessidade de aceitação e/ou inserção em grupos sociais, ao uso de álcool e outras substâncias psicoativas e às questões de gênero. Além disso, alguns dos jovens universitários que participaram das atividades desenvolvidas pelo Grupo de Estudos sobre Aids/NESP/UFPI/Parnaíba, entre 2014 e 2016, consideravam-se suficientemente informados sobre as formas de transmissão e não percebiam os riscos de contrair o vírus.

A inserção nesses espaços de educação em saúde sexual na cidade, permitiu-nos ter algumas experiências, a exemplo das oficinas que realizamos junto aos jovens do ensino médio, em seis escolas públicas de Parnaíba, no âmbito do Dia Mundial de Luta contra a Aids, entre novembro de dezembro de 2016<sup>49</sup>. Nessa atividade foi possível compreender que os participantes tinham conhecimento sobre algumas formas de transmissão do vírus sobre a importância do uso do preservativo, mas alguns elementos nos chamaram a atenção.

Um deles foi a falta do preservativo durante a relação sexual. Alguns jovens argumentaram que “a camisinha tira o prazer”. Alguns chegaram a afirmar que não usavam o preservativo, pois gostavam de “sentir o couro” (sic). Associado a isso, alguns argumentaram que não gostavam de usar a “camisinha do posto”, pois ela não era a mesma coisa da que compravam na farmácia. Na discussão que se seguiu, explanou-se sobre o preservativo, que era seguro, que não havia diferença, mas no debate eles afirmaram que preferem não usar o preservativo distribuído gratuitamente, a não ser que “desconfiem da pessoa”, segundo eles: *se o cara não tem camisinha da farmácia, só tem a do posto, e você conheceu a pessoa na hora, usa ela mesmo, se for em uma festa e tal, mas se você conhece a pessoa e só tem a do posto (...) eu prefiro fazer sem*” (Diários de pesquisa).

Outro aspecto é a própria assimetria de gênero. A negociação do uso ou não do preservativo não é equânime entre os jovens. Isso acaba colocando as mulheres jovens em uma situação de maior vulnerabilidade frente não só ao HIV como às demais infecções sexualmente transmissíveis. Como o relato de uma das participantes do ciclo de oficinas: *sem*

---

<sup>49</sup> Essa ação foi desenvolvida pelo Rede Aids – Delta, através da parceria entre o Grupo Guará, o Grupo de Estudos sobre Aids/NESP/UFPI/Parnaíba e o Programa Municipal de HIV/Aids de Parnaíba. No total, aproximadamente 300 alunos, entre 15 a 19 anos, participaram das oficinas realizadas nessa ação.

*camisinha eu não faço, mas nem sempre a gente tem, e aí, quando eu tô com muita vontade, a gente acaba fazendo assim mesmo (...) eu morro de medo de pegar uma doença ou engravidar (Diários de pesquisa).*

A proposta não é generalizar as experiências juvenis em Parnaíba através desses dois recortes de fala, mas eles nos ajudam a compreender um pouco os elementos e processos presentes nas estratégias de prevenção ao HIV/Aids nesse cenário. A compreensão de que “o que é de graça não presta” é uma informação importante, pois não basta disponibilizar os preservativos penianos, mas orientar seu uso e entender os jogos presentes para que se utilize ou não esse recurso.

Abordar a problemática do HIV/Aids junto aos jovens de camadas populares, e também de classes altas, implica a necessidade de desenvolver estratégias que promovam o cuidado ao jovem portador do vírus, bem como o planejamento e a execução de novas/outras práticas de prevenção. A ausência de informação qualificada, as condições de vida e os aspectos socioeconômicos desfavoráveis, aliados à ausência de estratégias voltadas para a prevenção e às práticas sexuais desenvolvidas são elementos que atuam na incidência do HIV/Aids nesse grupo.

## 8 REFLEXÕES ACERCA DA PREVENÇÃO AO HIV/AIDS EM PARNAÍBA

Após a discussão sobre os dados epidemiológicos da epidemia de HIV/Aids em Parnaíba, iniciamos agora a reflexão sobre as informações produzidas nas entrevistas com a gestão e os profissionais do Programa Municipal de HIV/Aids de Parnaíba, fazendo um contraste com as informações produzidas junto aos jovens através das oficinas. Foram realizadas cinco entrevistas, sendo quatro com profissionais que atuam a mais tempo nos serviços sob responsabilidade do Programa Municipal de HIV/Aids e uma entrevista com a sua gestora, à época. As entrevistas foram realizadas nos dias 22 e 23 de setembro de 2016. Foi utilizada a letra E (entrevistado) seguida de uma ordem numérica para nomear a fala de cada participante.

**Quadro 2** – Caracterização dos/as entrevistados/as

IDENTIFICAÇÃO	PERFIL PROFISSIONAL	TEMPO DE ATUAÇÃO NO SERVIÇO
E1	Gestora do Programa de HIV/Aids desde a sua fundação	20 anos
E2	Profissional do CTA	20 anos
E3	Profissional do SAE	04 anos
E4	Profissional do SAE	03 anos
E5	Profissional do CTA	04 anos

**Fonte:** o próprio autor

Convém ressaltar que, seguindo os pressupostos ético-políticos da pesquisa-intervenção, as oficinas realizadas junto aos jovens não se caracterizaram como espaços para construção de informações sobre conhecimentos, atitudes e práticas acerca da prevenção ao HIV/Aids. No entanto estruturaram-se como espaços nos quais os/as participantes foram convidados/as a refletir e compartilhar algumas estratégias de prevenção ao HIV, a exemplo, da adaptação da camisinha masculina para o sexo oral em vaginas, além de outras práticas que foram compartilhadas entre/pelo/e com os jovens. As oficinas foram realizadas nos dias 27 de setembro e 06 de outubro de 2016. Foi utilizada a letra J (jovem) seguida de uma ordem numérica para nomear a fala de cada jovem participante.

**Quadro 3** – Caracterização dos/as participantes na oficina

IDENTIFICAÇÃO	IDADE	IDENTIDADE DE GÊNERO
J1	22	Mulher
J2	20	Mulher
J3	25	Homem
J4	24	Homem
J5	19	Mulher
J6	23	Homem
J7	25	Mulher
J8	24	Homem
J9	22	Mulher
J10	20	Homem
J11	24	Mulher
J12	23	Homem
J13	25	Homem
J14	22	Mulher
J15	23	Mulher
J16	21	Mulher
J17	22	Mulher
J18	20	Homem
J19	19	Homem
J20	20	Homem
J21	21	Mulher
J22	24	Homem
J23	22	Mulher

**Fonte:** o próprio autor

Após a transcrição dos áudios, foram estruturados três grandes eixos analíticos acerca das falas, a saber: 1) Sentidos negociados sobre o HIV/Aids e juventude; 2) Os jovens vistos pelo Programa Municipal de Prevenção ao HIV/Aids e por eles mesmos; 3) Práticas de gestão e governo das condutas sexuais juvenis.

No primeiro eixo analítico, refletimos sobre os sentidos negociados pelos profissionais do Programa Municipal e pelos jovens, acerca da circulação do HIV em Parnaíba. Essas informações nos ajudam a compreender os processos existentes sobre a infecção bem como as populações que estão em situação de maior vulnerabilidade à infecção.

No segundo eixo, fazemos um debate sobre como a juventude em Parnaíba é compreendida pelos operadores institucionais da política de Aids local, e como eles mesmos se posicionam nesse debate além das respostas institucionalizadas de prevenção.

No terceiro eixo, fazemos uma reflexão quanto às estratégias de governo presentes na resposta municipal ao HIV/Aids, especialmente, aquelas que têm como foco os processos de gestão da população jovem. Apontamos também alguns outros caminhos que podem ser traçados quando pensamos as estratégias de prevenção ao HIV/Aids.

## 8.1 SENTIDOS NEGOCIADOS SOBRE O HIV/AIDS E JUVENTUDE

Iniciando pelo primeiro eixo analítico das informações produzidas através das entrevistas, em contraste com as falas produzidas nas oficinas, buscamos compreender os sentidos que são produzidos e compartilhados tanto pelos profissionais de saúde quanto pelos jovens sobre o HIV/Aids. Nesse sentido, esse eixo se subdivide em dois, a saber:

1) em um primeiro momento, discutimos aspectos mais locais da epidemia, focando questões mais amplas, porém que nos ajudam a compreender os processos de produção de sentidos sobre o vírus, com ênfase no “perfil dos casos de HIV”;

2) em um segundo momento, discutimos como os jovens entram nesse debate por meio das articulações relacionadas com a juventude.

Essas informações são importantes, pois, para compreendermos as estratégias de prevenção ao HIV/Aids junto/com os jovens, é necessário entender quais as compreensões compartilhadas sobre o vírus.

Partindo desses aspectos locais, um dos primeiros pontos que chamam a atenção nesse debate é a associação entre o HIV e as condições econômicas. Os profissionais de saúde entrevistados foram unânimes quando questionados sobre as pessoas que são mais atingidas pelo HIV. Todos responderam que eram aquelas em situação de maior vulnerabilidade social.

E2, profissional de saúde, por exemplo afirma:

*o principal fator de vulnerabilidade é a questão social mesmo. Porque aqui em Parnaíba, ainda tem muitas pessoas com baixa escolaridade, condições de extrema pobreza mesmo...e para essas pessoas além do diagnóstico, tem a questão do preconceito mesmo, a estigmatização, a morte social. Coisas que até fogem da realidade da saúde.*

Esse elemento da vulnerabilidade aparece também na fala dos jovens, e aqui ganham destaque os jovens universitários, quando J1 afirma que:

*a atividade da prostituição porque a pessoa vai cedendo em algumas coisas desprotegidas, porque a pessoa vai pensando no dinheiro, e a gente sabe que tem alguns colegas da gente universitário daqui, que não tem dinheiro para se manter e faz isso mesmo.*

Esse aspecto da dimensão econômica é um potente determinante aos caminhos percorridos pelo vírus do HIV/Aids, aqui no Brasil e no mundo. Alguns autores como Mary Castro e Lorena da Silva (2005) vão definir a pauperização da epidemia de HIV/Aids como uma conceituação que teve a sua origem na epidemiologia, a partir do monitoramento dos casos de pessoas vivendo com HIV/Aids.

Esse termo, diz respeito à mudança que ocorreu no padrão de disseminação do HIV no Brasil e no mundo, produzindo uma tendência que se caracteriza pela crescente disseminação do HIV junto às camadas economicamente menos favorecidas e com baixos níveis de

escolaridade. Essa parcela da sociedade é mais vulnerável à disseminação em virtude da precariedade de informações, além da dificuldade de acesso a meios de prevenção. Sobretudo porque o investimento na prevenção concorre com outras prioridades prementes, como alimentação e moradia.

Nessa linha argumentativa Richard Parker (2000) afirma que:

É justamente nesses espaços sociais que concentram a pobreza, o racismo e outras formas de desigualdades vigentes na sociedade, como por exemplo as hierarquias de gênero, a opressão e a violência sexual que a Aids existe hoje em dia, sem ser impedida em grande escala pelos programas públicos de saúde e educação, nem pelos avanços tecnológicos que nos têm convencido tão rapidamente que a emergência já passou e que a epidemia está sob controle (PARKER, 2000, p.09).

Assim, a pauperização da epidemia de HIV/Aids coloca-se como um desafio, tendo em vista a multiplicidade dos contextos e modos de vida presentes em Parnaíba. No cenário parnaibano, além das pessoas em situação de pobreza, a atividade da prostituição (atividade não restrita aos/as universitários/as, mas também presente nas rodovias que cortam a cidade), bem como o fluxo de turistas criam um contexto que possibilita a disseminação do vírus entre a população mais jovem e pobre.

Outro ponto ao debate, é que o HIV/Aids ainda é compreendido como um tema envolto de estigma e preconceito. E3, uma das profissionais que atuam no Serviço de Atenção Especializada, relata a dificuldade na realização dos grupos de adesão a terapia antirretroviral:

*Em um dos grupos de adesão, logo quando eu cheguei, aqui, eu chamei todo mundo para conversar sobre o vírus e tal, a gente se reuniu com a porta fechada e tal, quando eu expliquei qual era o motivo da reunião, um rapaz se levantou e pediu para sair, pois ele não queria participar não (...) para eles, quando menos andar aqui [SAE] melhor, mas eu acho que isso tem a ver por Parnaíba ser uma cidade muito pequena. Eles pesquisam muito sobre a doença, mas eles se envolvem o mínimo possível na luta pelos direitos deles, esse controle social, até um passe livre que eles têm direito, eles não buscam.*

Esses recortes expressam um pouco outro tensionamento que diz respeito aos processos de controle e resistência presentes na dinâmica das pessoas vivendo com HIV/Aids em Parnaíba. Nesse sentido, é possível tecermos uma interlocução com uma reflexão de Foucault (2005), quando afirma que a medicina, e aqui ampliamos para a ciências da saúde, configura-se como um saber-poder que incide ao mesmo tempo sobre o corpo e sobre a população e que tem efeitos disciplinares e regulamentadores. Dessa forma, atuam como estratégias de governo da vida, na medida em que, de forma bastante sutil, ao “capturamos” esses sujeitos nos serviços de saúde, é possível exercer uma “vigilância” de suas práticas.

Contudo, existem outros elementos nesses processos de produção de resistências. Um deles é que mesmo com as melhorias tecnoassistenciais, como o avanço da medicação que

possibilitam as pessoas vivendo com HIV terem uma carga viral indetectável, os mecanismos de exclusão ainda se fazem presentes. Especialmente o medo e o “perigo” da pessoa vivendo com HIV, o que de alguma maneira reatualiza aos temores iniciais da epidemia no Brasil.

E4 relata:

*Teve um caso de uma pessoa que veio fazer o teste da sífilis aqui e encontrou a recepcionista no banco, ela estava com a patroa, e foi perguntar se o resultado do exame dela tinha saído, a recepcionista respondeu que sim, pois não é que ela contou para a gente que a patroa demitiu ela, porque ela estava perguntando de exame com o pessoal do COAS<sup>50</sup>.*

Essa compreensão aparece, inclusive na escolha do local para sediar os CTA/SAE, conforme E1 relata:

*como o COAS era de responsabilidade do Estado, quando fomos implantar o serviço, procuramos um espaço que fosse de fácil acesso, mas que fosse reservado. Aí tinha esse espaço aqui da Regional de Saúde, que estava sem uso, nós adaptamos e começamos a funcionar. A localização era ótima, pois ele fica na lateral da Prefeitura e em uma rua bem reservada. Você pode ver, que essa rua só tem dois quarteirões.*

O diagnóstico de HIV é difícil por toda a carga moral que se faz presente. Quando destacamos, especialmente, nos indicadores epidemiológicos da epidemia em Parnaíba que a forma de transmissão sexual é a mais comum, isso nos ajuda a conformar e a compreender um pouco esse cenário. O que em alguma medida nos ajuda a entender esse processo quase confessional que se faz presente nos equipamentos específicos de prevenção e assistência às infecções sexualmente transmissíveis. A partir da descrição da forma como foi escolhido o local para abrigar os serviços sob responsabilidade do Programa Municipal de HIV/Aids é possível traçar até uma metáfora com uma igreja, que deve se localizar em um local de fácil acesso, mas os “pecadores” devem confessar os seus atos de forma reservada.

Esses sentidos produzidos sobre temor ao vírus acabam por (re)produzir uma gestão moral das práticas, pois é comum a associação do vírus, como algo distante, e presente em grupos sociais específicos, como os/as profissionais do sexo, os usuários com um padrão abusivo de consumo de substâncias psicoativas, sobretudo o crack, e os moradores de rua. Isso se faz presente, inclusive, no planejamento do Centro de Testagem e Aconselhamento. E5 relata:

*Hoje, com a descentralização do teste para a atenção básica, o público prioritário do CTA é moradores de rua, prostitutas, profissionais do sexo, né, e homossexuais, só o público mais vulnerável mesmo. Porque assim, todos estão vulneráveis, mas esses são mais vulneráveis, e os usuários de drogas também.*

---

<sup>50</sup> Por mais que o nome oficial seja Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) e Serviço de Atenção Especializada (SAE), a nomeação que se difundiu foi COAS (Centro de Orientação e Apoio Sorológico).

Ainda que não faça referência a “grupos de risco”, esse trecho ilustra a necessidade, no sentido institucional mesmo, de governar “corpos estranhos” à sociedade, atuando por meio de ato de conhecer, gerenciar e conduzir determinados grupos da população. Aqui, convém ressaltar que entendemos por conduta o “ato de ‘conduzir’ os outros e a maneira de se comportar num campo mais aberto de possibilidade” (FOUCAULT, 2012, p. 57).

Essas marcas também aparecem nas nomeações dos profissionais que atuam nos serviços de testagem e assistência, como relata E2:

*Eu mesmo já ganhei um apelido, eu fiz a capacitação para a descentralização da testagem nas UBS's, quando as enfermeiras me ligam, elas não dizem o meu nome, diz logo: “ei menina da Aids, me tire uma dúvida bem aqui. Ave Maria, vê, que apelido a gente ganha”.*

Todos esses trechos nos ajudam a compreensão de aspectos locais da epidemia, como no trecho acima, no qual a profissional de saúde não quer ser associada ao HIV/Aids. Contudo, um tensionamento que se coloca é: qual seria a compreensão dos jovens sobre esse cenário de HIV/Aids em Parnaíba?

Os jovens que participaram das oficinas trazem elementos que se aproximam e se distanciam das compressões presentes nos profissionais de saúde. Um dos primeiros pontos de controvérsia é a questão do medo; J2 afirma:

*Eu acho que é medo. Porque enquanto a gente está aqui falando de HIV e tais, eu tenho minhas amigas, eu tenho os meus amigos e eu sei que todos eles têm vida sexual ativa, mas eu não sei, eu não imagino que nenhum deles tenha HIV. Eu não imagino. Talvez seja porque a gente mesmo diz ‘ah, não sei o que, eu sei que isso não vai acontecer comigo, não vai, assim’. E assim, eu particularmente não procurei fazer esse teste, porque eu namoro e tudo e é uma coisa que não passa pela minha cabeça. Tanto para mim, quanto para o meu círculo de amizades (...) não vai acontecer comigo, nem com ninguém perto de mim, é uma coisa muito distante.*

Esse componente do medo/temor é bastante presente, pois mesmo com todos os avanços relativos à assistência às pessoas vivendo com HIV, como a maior parte dos assuntos relacionados ao exercício da sexualidade, ainda se configura como tabu. Concomitante a isso, existe uma carga simbólica associada ao vírus, como a alusão à morte, além das práticas que não seguem o padrão heteronormativo, especialmente, a homossexualidade. Vale destacar que a principal forma de transmissão do HIV em Parnaíba são as relações heterossexuais, perfazendo 59,15%, segundo os dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), em contraste com 14,08% nas relações homossexuais, em 2016 (SINAN, s/d).

A partir de todas as questões associadas ao HIV para os jovens de Parnaíba, uma das provocações realizadas nas oficinas foi a respeito do diagnóstico para eles. J7 fala:

*Ninguém sabe se você vai guardar aquilo para você. Se você vai dividir com alguém, como você vai trabalhar isso, é uma questão bem difícil, com a*

*família, com os amigos, com os parceiros. E tem muito preconceito, a AIDS está ligada à homossexualidade e tem muito preconceito e negligência.*

Nesse ponto, o diagnóstico do HIV acaba por operar uma verdade não só pelo sexo, mas uma espécie de verdade sobre si pela via do sexo, no qual a repressão sexual aparecerá como apenas mais uma das peripécias, das estratégias e da vontade de saber.

Durante as oficinas foi perguntado aos 23 participantes quem já havia realizado, alguma vez, a testagem para o HIV; 16 responderam que já fizeram o teste. Dentre esses, perguntamos quem realizou a testagem no CTA. Apenas quatro responderam que sim, os outros 12 falaram que vão no hemocentro de Parnaíba, conforme relatam:

*J11: Mas Michael, as pessoas não procuram só o COAS não, tem gente que vai no HEMOPI [HEMOCENTRO DO PIAUÍ] para doar sangue e lá faz o teste, por conta da vergonha mesmo.*

*J12: Como eu sou doador de sangue, eu faço no HEMOPI.*

*J19: Eu também faço lá.*

*J12: Eu tenho vergonha de ir no COAS, mas quando eles vieram para cá [UFPI], fazer o teste, eu fiz. Foi muito bom porque eles orientaram direitinho antes e depois, quando saiu o resultado.*

O protocolo da testagem para o HIV/Aids prevê uma sessão de aconselhamento pré e pós-testagem. Mesmo sendo um momento importante de orientações, em alguma medida sua configuração fomenta um certo funcionamento no qual temos um “primado da confissão” sobre o confessado e o confessante. Tudo o que é dito acaba sendo remetido às suas regras institucionais, às suas exigências funcionais, através de um funcionamento estratégico que qualifica, inibe, incita, distorce e/ou propaga o que é dito.

Além disso, de forma semelhante aos profissionais do Programa Municipal de HIV/Aids, o vírus acaba também sendo associado pelos jovens como um agravo em saúde relacionado às pessoas que fazem uso de drogas, com destaque ao crack, e também associado com a atividade da prostituição.

*J17 narra: Tem gente, ali no centro, no porto das barcas, que faz sexo por droga.*

*J 13: A gente vê direto ali nas ruínas perto do Torquália<sup>51</sup>.*

Dessa forma, podemos lançar algumas provocações. Por exemplo, como podemos pensar em estratégias de prevenção ao HIV se a associação presente é que esse agravo é mais comum às pessoas que se prostituem e/ou fazem uso do crack? E as pessoas que não se identificam ou não são catalogadas nessas categorias?

---

<sup>51</sup> Um dos bares mais famosos de Parnaíba; fica localizado em um antigo armazém no porto das barcas. Devido ao preço acessível, atrai muitas pessoas.

Os jovens, ainda que eles mesmos não se reconheçam, são, por parte dos profissionais de saúde, um dos grupos que mais “consomem” os serviços ofertados pelo Programa Municipal de Prevenção ao HIV/Aids em Parnaíba. E2 afirma: *aqui [CTA] a gente recebe, diariamente, em média 30 pessoas, e são muito jovens que vêm fazer o teste (...) temos que ver alguma ação para desenvolver com eles.*

Isso nos ajuda a compreender um pouco os aspectos sociais da epidemia da cidade, com o recorte especial dos jovens. Como eles são classificados como um dos grupos mais vulneráveis à epidemia, tanto pelos documentos e normativas nacionais quanto pelas ações e estratégias que são planejadas no âmbito de Parnaíba, pela Secretaria Municipal de Saúde, e também pelos grupos da sociedade civil que atuam na prevenção ao HIV e assistência às pessoas vivendo com vírus, isso acaba fazendo que as condutas dos jovens, além dos outros grupos prioritários, precisem ser gerenciadas de forma cuidadosa.

Nesse ponto da reflexão, Foucault (2001) nos ajuda quando discorre acerca do dispositivo da sexualidade, que atua para, entre outras coisas, tornar os corpos dóceis e úteis ao biopoder. Não é nossa intenção refletir sobre o dispositivo da sexualidade, tendo em vista que o nosso foco são as estratégias de governamentalidade presentes na prevenção a juvenilização do HIV em Parnaíba, mas reconhecemos a sua importância nesse debate como um dos caminhos possíveis para a compreensão desse fenômeno. Outra ressalva que fazemos é que utilizamos a compreensão de dispositivo formulada por Agamben (2009), que debate que o dispositivo é qualquer coisa que tenha a capacidade de capturar, controlar, modelar condutas e discursos. Assim, a marca do HIV não é só uma questão biomédica, é também moral, pois preocupa-se com o organismo e com as práticas sexuais, necessitando de regulação, sobretudo do Estado.

Assim, conhecer cada vez a sua população e no caso em tela, os jovens, passa a ser uma preocupação permanente, construindo um esquadramento pela produção de informações das características cada vez mais específicas da população. Durante esses 20 anos de funcionamento do Programa Municipal de IST/HIV/Aids, poucas pesquisas foram realizadas em seu âmbito. Contudo, um estudo recente desenvolvido em parceria com um grupo do curso de Medicina da Universidade Federal do Piauí foi sobre os conhecimentos e práticas sexuais dos jovens que procuram a testagem do HIV/Aids.

A trajetória dessa pesquisa desenvolvida pela Medicina foi interessante, na medida em que a problemática do estudo partiu do Programa Municipal. Contudo, quando analisamos as informações epidemiológicas sobre a epidemia na cidade, outros marcadores sociais, como a

raça, ganham mais força do que o próprio marcador juventude e a pesquisa encomendada teve esse direcionamento epidemiológico bastante marcante.

Logo, a prática sexual dos jovens usuários do serviço do CTA mostra-se como relevante ao exercício de poder sobre o outro, e a governamentalidade através da biopolítica investe-se para conhecer e regular as condutas dos sujeitos em suas práticas sociais.

A produção de saber sobre a juventude parnaibana e os aspectos relacionados aos HIV/Aids, inclusive, a pesquisa que possibilitou a escrita dessa tese, configura-se como prática discursiva e não discursiva, regida por uma governamentalidade. Pois, como afirma Foucault (2012, p. 426), “a constituição de um saber de governo é absolutamente indissociável da constituição de um saber sobre todos os processos referentes à população em sentido lato”. Portanto, o saber sobre a população é um saber de economia, e esse saber-poder ajudam a forjar as técnicas de governo da população; no contexto do debate que estamos realizando, no governo da parcela jovem da população. Assim, concordamos com Fernandes (2012) que, partindo aos preceitos foucaultianos, reflete que o poder vai se organizar em torno da vida. Dessa forma, há uma biopolítica investida de biopoderes.

## 8.2 E QUEM SÃO OS JOVENS VISTO PELO PROGRAMA MUNICIPAL E POR ELES MESMOS?

Aqui, iniciamos o segundo ponto desse eixo analítico, no qual concepções acerca da juventude acabam por orientar alguns caminhos relativos às estratégias governamentais de prevenção ao HIV/Aids. Um dos primeiros pontos é a associação entre juventude e a “irresponsabilidade”, E4 afirma:

*Os casos de IST em jovens, entre 15 a 24 anos, têm crescido vertiginosamente. As explicações têm a ver com eles não terem vivenciado o impacto da epidemia na década de 1980, quando teve aquele boom todo.*

Na mesma direção, E5 pondera:

*Eu vejo muito a questão da droga, as festas e os múltiplos parceiros. Quando eles usam qualquer uma dessas substâncias, seja o álcool, seja ilícita a pessoa fica meio desorientada e eles tem relação sexual com 3, 4, 5, 6, né? Na mesma noite, eu acho que é por conta disso.*

Essas falas apontam para um sentido do próprio funcionamento das ações institucionalizadas de prevenção ao HIV/Aids na cidade. Isso porque, elas dizem a respeito não apenas às questões relativas a oferta e usos de insumos de prevenção como os preservativos, por exemplo.

Nesse sentido, esses posicionamentos apontam para processos de táticas de governo, não em um sentido molar, macro, mas em questões de ordem micro, moleculares, sendo

necessária, portanto, uma disciplinarização e táticas de governos aos olhos de um profissional de saúde ou de um gestor em saúde, que atuem sobre os corpos jovens, como “fórmulas do bem viver”. Assim, não é interessante aos jovens ter mais de um parceiro sexual na mesma noite, no sentido em que se deve estar atento e vigilante ao consumo e aos efeitos de qualquer substância psicoativa sobre o seu corpo. Isso fomenta, em certa medida, táticas de governos dos corpos, compostas por um conjunto de regras e procedimentos, bem como a verdadeiros códigos de conduta do que é localmente aceitável e necessário à vida.

Dito isso, convém, já de antemão, destacar a máxima que se atualiza nessas ações públicas de saúde: o “fazer viver”. Por mais que o HIV/Aids traga de maneira bem marcante o binômio vida-morte, o foco de atuação é a vida, às vezes, até desconsiderando as condições de existência (condições de moradia, renda, entre outros.). Assim, a vida é algo a ser mantido, preservado, por meio de todo o tipo de estratégias de cuidados.

No caso da Aids, os processos de cuidado não estão restritos à ordem medicamentosa, mas aparecem em estudos, peças publicitárias, bem como em manuais, cartilhas e todo o tipo de recurso que visa uma “pedagogização” dos princípios e condutas. Há ainda uma preocupação com o organismo, visando a produção de um sujeito prevenido, disciplinado, contido em suas ações e hábitos para que não permita e/ou propague a doença.

No ensejo da prevenção, lançando mão de processos de culpabilização, controle, rejeição, morte social e cuidado, é traçada uma relação dos jovens com o seu corpo, como a fala do profissional E4 sobre os anos iniciais da epidemia de HIV/Aids no Brasil e no mundo. Essa posição ganha sentido, naquilo que Foucault (1985, p.61) afirma: “na cultura de si, o aumento do cuidado médico foi claramente traduzido por uma certa forma, ao mesmo tempo particular e intensa, de atenção ao corpo”.

Os enunciados ganham materialidade nas ações previstas e executadas pelo Programa Municipal de HIV/Aids em Parnaíba, principalmente, nas ações voltadas aos jovens por meio de oficinas baseadas na educação entre pares<sup>52</sup>, fomentando assim, processos de “prescrição” e adoção de determinadas condutas e “códigos de comportamento”. Como afirma E1: *nós trabalhamos muito com os jovens, através de oficinas, de educação de pares, porque a gente trabalha com essa ideia de jovem multiplicador, assim a gente consegue abarcar mais pessoas.*

---

<sup>52</sup> Educação entre pares é um processo de ensino e aprendizagem em que adolescentes e jovens atuam como facilitadores(as) de ações e atividades com e para outros(as) adolescentes e jovens, ou seja, os pares. Esse termo veio do inglês *peer educator* e é utilizado quando uma pessoa fica responsável por desenvolver ações educativas voltadas para o grupo do qual faz parte (BRASIL, 2011).

Nesse sentido, os procedimentos operados em técnicas de controle capturam as pessoas, os seus corpos e os seus desejos para torná-los mais educáveis e dóceis, operando por meio do biopoder empregado sobre a Aids, ancorando-se na noção de risco, ainda fortemente presente nas estratégias de prevenção e nos discursos acerca da saúde sexual e das infecções sexualmente transmissíveis.

Essa noção de risco se associa com o controle da vida na interface ao medo da morte, ou seja, uma economia das populações. Como expõe Grazielle Amorim (2012):

Este biopoder foi elemento indispensável ao desenvolvimento do capitalismo, que foi garantido por conta do controle dos corpos e ajustamentos dos fenômenos da população, interligado a isso ocorreu, a partir do século XVIII, uma proliferação de tecnologias que se preocupam com a saúde e as condições de existência da população. (AMORIM, 2012, p. 3)

Assim, a vida cotidiana, íntima, passa a ser objeto de controle e exercício do biopoder, através do governo e da regulação da experiência corporal. A culpa pelo não cuidado com o corpo, seja pelo uso de drogas, ou através de práticas sexuais, denuncia, castiga e acaba por produzir uma preocupação baseada no medo de carregar um agravo que tem no corpo o seu lugar privilegiado de manifestação.

Dessa forma, criam-se novos saberes, estimativas e estatísticas, bem como procedimentos medicamentosos e conceitos no campo da saúde, que atuam, como uma estratégia disciplinar para produção de corpos dóceis, úteis e saudáveis. O cuidado com o corpo preconizado pelas ações públicas não é específico de uma pessoa, mas da própria população.

E porque a necessidade de controle dos jovens e de suas práticas? Sobre essa questão E2 afirma:

*Dia de segunda-feira, aqui é lotado [CTA], eu acho que eles [jovens] pensam assim: 'eu vou pirar no final de semana e saber de alguma coisa na segunda'.*

Na mesma linha argumentativa, E5 explana:

*eu fico assustada porque os jovens confundem tratamento com cura: 'ah não, tem tratamento, não vou me prevenir'. Eles estão banalizando a doença. Então eu acho que é por conta dessa banalização da doença, que está infectando mais os jovens.*

Como os jovens são um dos públicos que mais procuram os serviços sob responsabilidade do Programa Municipal, acabam ganhando essa visibilidade. Inclusive, eles mesmos reafirmam/(re)atualizam esse discurso, como no trecho a seguir:

*J6: Eu acho que essa fase que a gente está solteiro, a gente faz sexo com muitas pessoas.*

Pesquisador: *Então o fato de você ter um parceiro mais frequente diminui a possibilidade de infecção?*

J6: *Eu diria que não que diminuiria muito, mas diminuía um pouquinho. Porque antes, eu estou disponível a várias pessoas, eu tô pegando várias. Eu posso estar falando besteira aqui, mas eu acredito, se eu transar com todo mundo, é mais perigoso do que se eu transar com uma pessoa só.*

Percebemos que aparecem repertórios que atravessam os grupos dos profissionais de saúde e dos jovens. Assim como ocorrem essas condutas que fogem à regra de um exercício da sexualidade “contida” a partir de uma proposta monogâmica, cria-se uma justificativa de uma “medicalização” dessa conduta anormal e desviante. Contudo, convém ressaltar que por mais que se preconize uma parceria sexual monogâmica, ela não corresponde a uma estratégia de prevenção, pois quase sempre não conhecemos a situação sorológica do/a parceiro/a e, de forma semelhante, esses “pactos de fidelidade” apresentam alguns problemas. Isso se tornou bem claro com o processo de feminização da epidemia de HIV aqui no Brasil. Sobre esse ponto os jovens falam, como J7: *a gente não pode confiar nessa história de fidelidade, eu fico em casa e meu namorado ou marido sai pegando todo mundo na rua.*

Mas a vigilância das doenças é valorizada e constitui-se como uma das atuações biopolíticas, que visa, continuamente, normalizar e gerenciar os perigos dos indivíduos no âmbito social, pois “o corpo é uma realidade biopolítica. A medicina é uma estratégia biopolítica” (FOUCAULT, 1970, p. 80). Assim, o corpo disciplinado é produzido e reproduzido como objeto útil e necessário, sendo, portanto, preciso corrigir-se, reeducar-se por meio de técnicas disciplinares para o bem comum da sociedade.

Durante o processo da pesquisa, acompanhamos algumas intervenções feitas tanto pelo Programa Municipal de HIV/Aids quanto pelos grupos da sociedade civil que atuam sobre a epidemia em Parnaíba. Em todas as ações, havia, por exemplo, momentos de orientação acerca do preservativo peniano, a sua correta colocação e a necessidade do uso deste, em todas as relações sexuais.

Essa centralidade do preservativo foi tema de uma das reuniões do Fórum Rede Aids Delta, na qual foi feita uma provocação por uma integrante do movimento LGBT. A provocação foi: quem utilizava o preservativo em todas as relações sexuais e fazia seu uso desde o sexo oral? Nenhum dos presentes fazia uso desse recurso em todas as suas práticas sexuais. A discussão que se seguiu foi bastante rica, pois não basta apenas ter conhecimento sobre as formas de prevenção, mas é preciso levar em consideração que na cena que se estabelece na realização dos atos sexuais, faz-se presente uma série de forças, que vão desde as assimetrias de gênero, o próprio desejo sexual, as fantasias e fetiches. Uma fala que surgiu

foi: “nesse exercício da sexualidade, lembramos muito do prazer e esquecemos da proteção”. E a provocação por nós realizada: “mas prazer e prevenção não podem caminhar juntos? Ou seriam sinônimos?” (sic) (Diários de pesquisa).

Essa experiência foi potente uma vez que no encontro estavam todos aqueles que “ensinavam” os jovens a usar o preservativo em qualquer tipo de relação sexual, pessoas que estudavam sobre ou que atuavam na detecção e assistência a pessoas vivendo com o HIV; algumas com mais de 15 anos de atuação nessa área. Ou seja, mesmo nas pessoas que operam/operacionalizam essas estratégias que acabam por produzir efeitos normativos, fazem-se presentes linhas de fuga, e processos de resistência, pois, por mais sofisticada seja a estratégia biopolítica, a vida “escapa”.

Outro elemento que ajuda a compor esses jovens no cenário da epidemia em Parnaíba, é a importância e a oferta da testagem ao HIV. Como dito acima, eles são um dos grupos mais frequentes nesses serviços. O protocolo recomenda uma sessão de aconselhamento antes e após a testagem. Esse também era um dos cenários privilegiados pelos profissionais para “reforçarem” a importância da prevenção.

Convém ressaltar que esse processo da testagem reedita a velha máxima “conhece-te a ti mesmo”, pois é uma estratégia pela qual as pessoas sabem quais são as suas obrigações (o uso compulsório do preservativo) e as “punições” por não seguirem as recomendações prescritas. Nesse sentido, o cuidado permanente consigo constitui-se um campo de saber-poder que redimensiona a necessidade cultural do corpo, através de processos estéticos de proteção e prolongamento da vida. É o destaque às características biológicas da espécie humana, que cria as condições de possibilidade para a emergência da população como esse sujeito político a ser regulado em um estratégia do biopoder.

Assim, por mais que observemos o planejamento de ações visando um aspecto mais amplo (visando a população), as ações de prevenção partem do pressuposto de uma responsabilidade individual, na qual a infecção pelo HIV se dá por meio de uma “má” escolha da pessoa ou do estilo de vida que leva. Como debatido no eixo de análise anterior, o HIV em Parnaíba está associado a populações marginalizadas, especialmente, os “promíscuos sexuais”. Assim, o exercício da sexualidade é importante caminho para o debate com vistas a compreender os processos da epidemia na cidade.

A sexualidade, como foco da disputa política, situa-se no cruzamento entre “agenciamentos” acerca do corpo (disciplinarização das condutas corporais) e da população (efeitos de procriação e outros processos biológicos mais amplos). Como afirma Foucault (1990):

(...) De um lado, faz parte das disciplinas do corpo: adestramento e economia das energias. Do outro, o sexo pertence à regulação das populações, por todos os efeitos globais que induz. Insere-se, simultaneamente, nos dois registros; dá lugar a vigilância infinitesimais, a controle constantes, a ordenações espaciais de extrema meticulosidade, a exames médicos ou psicológicos infinitos, a todos um micropoder sobre o corpo; mas, também, dá margem a medidas maciças (FOUCAULT, 1990, p.137).

A partir do século XIX, a sexualidade foi esmiuçada, perseguida nas condutas, nos sonhos e nas suas práticas. O dispositivo da sexualidade criou o desejo do sexo, de tê-lo, de descobri-lo, liberá-lo, articulá-lo em discurso e formulá-lo em verdade. Esses mecanismos de poder que se dirigem ao corpo, à vida, reforçam a espécie e sua aptidão para tornar-se útil, passível assim de ser utilizada.

É no ensejo desse processo que se organiza o discurso biomédico regido por um conjunto de normas, em que a sexualidade passa a ser compreendida de forma interdisciplinar e irregular, gerando sobre o corpo uma série de punições, através de patologias, com a concepção de “devassidão sexual”. E, nesse sentido, as doenças são pensadas no plano da população.

Ao longo da história, várias patologias assolaram a humanidade, mas foi após esse controle das populações, que as doenças passaram a ser tratadas com políticas públicas. No início do século XX, a sífilis, a tuberculose, a varíola, entre outras foram colocadas como agravos a serem enfrentados através de estratégias sanitaristas que preconizavam, entre outras coisas, o controle das moradias, bem como das condutas acerca da higiene pessoal e, especialmente, pelas condutas sexuais da população. De todas as que surgiram, a Aids durante os seus anos iniciais, foi a que mais intrigou a sociedade, por não apresentar um quadro definido. Na falta de explicações e na busca dessas compreensões, recorreu-se a velhas metáforas e significações que eram concedidas a outras doenças, como a sífilis e a lepra (SONTAG, 1989).

Durante a década de 1980 e no início dos anos 1990, a possibilidade cada vez crescente do número de pessoas que poderiam ser infectadas pelo HIV mobilizou os órgãos de saúde a trabalharem não apenas na assistência às pessoas vivendo com Aids, mas nas campanhas de prevenção, levando em consideração a probabilidade das pessoas se infectarem. A infecção é incerta, mas a noção de probabilidade é um advento da contemporaneidade, que possibilita a construção de uma rede de ações públicas com vistas/em prol do futuro (SPÓSITO; TARÁBOLA, 2017).

Assim, para compreender porque os jovens se infectam com o vírus, mesmo em meio a estratégias de prevenção, é preciso compreender os processos de vulnerabilidade e as condições que colocam as pessoas em uma situação de maior exposição.

Uma pergunta que se coloca é: por que as estratégias de prevenção não alcançam uma finalidade, por exemplo, quando educam os jovens acerca dos usos do preservativo? Isso é importante visto que, hoje, existem muitas informações sobre a síndrome, bem como existe acessibilidade aos preservativos e mesmo assim os jovens continuam a se infectar pelo HIV.

Em uma das oficinas realizadas, no âmbito da pesquisa da tese, pedimos aos jovens para que eles escrevessem um “passo a passo” acerca da colocação do preservativo peniano. Após essa etapa, disponibilizamos algumas próteses penianas e pedimos que, seguindo as orientações dos colegas, os voluntários colocassem os preservativos nos pênis de silicone. Nenhum deles conseguiu colocar o preservativo de acordo com as recomendações dos colegas. Além disso, dois jovens presentes nunca haviam manuseado um preservativo.

Esse é um ponto de reflexão uma vez que por mais que se reitere a importância desse insumo de prevenção, nem sempre a informação é a “correta”. Um dos jovens que nunca havia manuseado um preservativo sentiu dificuldades mesmo quando pedimos para ele desconsiderar as orientações dos colegas e colocar da forma que ele sabia. O trecho do diálogo é bem ilustrativo desse ponto:

*J19: Ave Maria Michael, como é difícil colocar uma camisinha!*

*Pesquisador: Mas J19, tu nunca colocou uma camisinha? Nem em você mesmo?*

*J19: Eu não, eu não uso! Sempre peço para o meu namorado ou o boy colocar.*

*Pesquisador: E se ele não quiser colocar?*

*J19: Aí vai depender do tesão.*

Além de ilustrar essa questão do conhecimento sobre o preservativo, também apresenta a multiplicidade das experiências juvenis e das práticas sexuais decorrentes dessa, a despeito do jovem praticar sexo insertivo ou receptivo, ou do uso compulsório do preservativo, como recomendam todas as normativas sobre saúde sexual.

A negociação acerca do uso ou não do preservativo faz-se presente nas questões relacionadas à feminização da epidemia. Mas, até então, não havíamos ponderado que essa seria uma prática presente nas relações homossexuais entre biohomens, e isso ficou claro na provocação que fizemos. O fato do preservativo peniano ter seu uso muito mais difundido que o preservativo vaginal não corresponde que homens com vida sexual ativa já tenham colocado e/ou saibam manusear um preservativo peniano.

Esse ponto se coloca como um tema a ser refletido quando pensamos as estratégias de prevenção, não para jovens de uma maneira geral, ponderando acerca dos jovens como uma “categoria” genérica, mas levando em consideração as mais diversas formas da juventude. Sendo inclusive um tema que articula o princípio da equidade, preconizado nas ações públicas de saúde no Brasil.

O debate também é importante porque discursos presentes nessas estratégias de prevenção, no contexto parnaibano, muitas vezes enfatizam que o único problema é a população, que não se previne, que em alguma medida é “omissa”. Como no caso em questão, os jovens conforme E2: *Eles têm informação, eles sabem. Tem gente aqui mais velha, que tem baixa escolaridade, eles vêm aqui, não sabem de nada. Já os jovens que a gente aconselha, têm algum conhecimento sobre HIV, como pega.*

Além disso, como já vimos debatendo, nas ações de prevenção que são planejadas existe uma certa centralidade do preservativo<sup>53</sup>, e o imperativo que o seu uso se torne um hábito. Porém é importante refletir criticamente sobre esse posicionamento, pois essa lógica racional não permite compreender as linhas de fuga/processos de resistências que são atualizados e produzidos pelos jovens.

A Aids ainda está muito associada a uma noção de risco epidemiológico. Assim, Mary Douglas (1994) ajuda a desconstruir essa ideia, ainda fortemente presente de que a informação correta é sinônimo de mudança nas condutas. Isso acaba por reafirmar que o problema é a população, e no caso específico, os jovens que não se previnem. Nesse sentido, as estratégias de prevenção, desconsideram o contexto sociocultural, onde a pessoa está inserida e os seus modos de vida.

A Aids, por ser sexualmente transmissível, ainda suscita uma série de medos e tabus, de forma que, está, como em Parnaíba, associada à homossexualidade, à prostituição e a todos aqueles que não seguem condutas sexuais socialmente aceitáveis pela norma vigente. Compreender o HIV como algo de “excluídos” e promíscuos, cria uma sensação de segurança e, se eu não faço parte dessas categorias, essa não é uma possibilidade a mim. No entanto, como os jovens mesmo trazem, a exemplo de J1: *todo mundo é vulnerável porque a maior causa de transmissão é o sexo e todo mundo pratica.*

Assim, as orientações biomédicas, centradas na prevenção das doenças, partem da prerrogativa que a “falta da saúde” é provocada por formas inadequadas de viver a vida.

---

<sup>53</sup> Atualmente, o Ministério da Saúde, também lança mão de outras estratégias, de cunho farmacológico, como as Profilaxia Pré e Pós Exposição. Contudo, os seus protocolos e a sua disponibilização ainda não estão uniformemente presentes em toda a rede SUS.

Fomentando assim, um processo constante de persuasão, para que os jovens adotem condutas “mais saudáveis”, desconsiderando a multiplicidades das formas de viver e existir.

### 8.3 PRÁTICAS DE GESTÃO E GOVERNO DAS CONDUTAS SEXUAIS JUVENIS

Nesse terceiro eixo analítico, tomamos as estratégias de prevenção ao HIV que são desenvolvidas pelo Programa Municipal, como táticas de gestão e governo das condutas sexuais dos jovens, e contrastamos com as práticas que são desenvolvidas pelos jovens de prevenção e autocuidado. Destacamos pontos nas respostas institucionalizadas: uma diz respeito às suas estratégias de operacionalização e outra está mais ligada os conteúdos presentes nessas estratégias.

Iniciando pelos processos de operacionalização. Com exceção das atividades que são realizadas no âmbito do aconselhamento pré e pós-testagem, os principais focos de intervenção ocorrem na parceria com as escolas ou ambientes educacionais. E1 afirma: *fazemos muita parceria com as escolas, a gente faz muita atividade com os colégios, nas universidades também.*

A utilização dos espaços educacionais é comum quando temos por objetivo ter acesso à população jovem. O ambiente institucionalizado da escola favorece um certo controle sobre os jovens. Contudo, o que ganha destaque é que, mesmo a juventude sendo um dos grupos mais presentes nos serviços de testagem ao HIV, nas experiências relatadas pelos profissionais não se pode observar nenhuma ação, cujo espaço foram os locais de sociabilidade juvenil, a exemplo da região do Porto dos Barcas.

Além desses lugares, as ações visam sempre espaços que são institucionalizados, a exemplo de algumas intervenções realizadas em espaços de outras políticas públicas, como as da Assistência Social, como discorre E4: *realizamos também ações junto aos CRAS [Centro de Referência da Assistência Social] e o CREAS [Centro Especializado da Assistência Social]. Sempre tentamos levar a informação para os mais diversos lugares.*

Essa capilaridade das ações é importante quando se destaca que nem todos os jovens procuram o serviço para realizar a testagem do HIV ou de alguma outra infecção sexualmente transmissível. O imperativo aqui não é a produção de estratégias de gestão das condutas sexuais dos jovens por meio dos insumos e das informações disponibilizadas pelos profissionais de saúde, mas como essas podem ser ressignificadas pelos jovens.

Devido a uma reorganização interna da Secretaria Municipal de Saúde de Parnaíba, entre 2015 e 2016, o Programa Saúde da Escola assumiu a responsabilidade de debater

aspectos relacionados a saúde dos escolares. Contudo, isso provocou alguns processos, como E1 afirma:

*Eu acho que o PSE [Programa Saúde na Escola] é muito bom, não quero tirar a importância dele, mas ele é muito genérico, tem que ter alguém que fale especificamente sobre saúde sexual.*

Esse processo de “esvaziamento” dos temas relacionados à saúde juvenil já ocorreu, anteriormente e em âmbito nacional, quando o então Programa de Saúde do Adolescente teve as suas responsabilidades incorporadas pela Estratégia Saúde da Família. Isso se coloca como uma questão bastante sensível, pois, por mais que tenhamos algumas ações indutoras, os três grupos prioritários da atenção básica são as crianças, as gestantes e os idosos (ou portadores de algumas doenças crônicas não transmissíveis, como as pessoas com hipertensão e diabetes mellitus).

De forma semelhante, esse receio do “esvaziamento” aparece com a descentralização da testagem ao HIV nas unidades básicas de saúde. Os profissionais avaliaram que essa foi uma ação positiva, na medida em que diminuiu o número de gestantes que procuravam o CTA para a realização do teste, mas eles questionaram, se no caso dos jovens, caso aparecesse algum resultado reagente, se o profissional teria habilidade para fazer a adesão ao tratamento, como pondera E4:

*as enfermeiras morrem de medo de dar um resultado reagente no posto, elas sempre ligam para cá ou repassam, quando dá alguma alteração. Eu fico com medo disso, se o jovem aparecer lá e der positivo, como vai ser?*

Na mesma direção E5: fala:

*mesmo depois desses anos todos trabalhando aqui, ainda é difícil dar um resultado positivo, especialmente para os jovens, mesmo alguns deles sendo ‘cabeça de vento’, eles são o futuro.*

A partir desses recortes, também podemos traçar algumas linhas argumentativas. Uma delas tem a ver com os debates acerca da própria operacionalização do biopoder, pois, através dessa articulação teórica, podemos identificar duas facetas. A primeira diz respeito a uma administração parcelada dos corpos, por meio do qual, o corpo humano é tratado como máquina. Por outro lado, ela visa uma gestão global da vida posta em funcionamento através de uma biopolítica da população, no qual o corpo é compreendido como um elemento da espécie.

Nesse sentido, como afirma Foucault (1974), através de diversos processos foi possível uma progressiva organização da vida social por meio de cautelosos rituais de poder, que tiveram como objeto o corpo. O controle da sociedade sobre os sujeitos não se opera no

nível da consciência e/ou da ideologia, mas começa no corpo. Foi no biológico, no somático, antes de tudo, que investiu a sociedade capitalista (FOUCAULT, 1974).

A população que é, a partir do século XIX, tratada de forma diversa a que vinha sendo, até então objeto das ações estatais: “Assim, começa a aparecer [...] o problema da população. Esta não é concebida como um conjunto de sujeitos de direito, nem como um grupo de braços destinados ao trabalho, ela é analisada como um conjunto de elementos que de um lado se aproxima do regime geral dos vivos, e, de outro, pode dar lugar às intervenções concentradas (por intermédio das leis, mas também das mudanças de atitude, da maneira de fazer e de viver que podem ser obtidas por ‘campanhas’). (FOUCAULT, 1974, p. 447).

Dessa forma, fugindo de correlações diretas, podemos ponderar que a disponibilização da testagem ao HIV nas unidades básicas de saúde, também possui esse caráter capilar, inscrito em processos cada vez mais sutis de governo da sua população. A partir das reflexões foucaultianas, o governo não é aqui entendido como burocracia ou um grupo de pessoas à frente da coisa pública ou como uma atividade exercida pelos operadores na máquina estatal, mas como os processos pelos quais são geridas as “almas”, as crianças, as comunidades e os doentes. Como afirma Foucault (1982):

Esta palavra (‘governo’) deve ser entendida na maneira mais ampla como era compreendida no século XVI. ‘Governo’ não se referia as estruturas políticas ou à gestão dos Estados; mais especialmente, ele designava o modo através do qual a conduta dos indivíduos ou dos grupos poderiam ser dirigidas: o governo das crianças, das almas, das comunidades, do doente. Esta ideia não cobria somente as formas legitimamente constituídas de poder ou de sujeição econômica, mas de modos de ação, mais ou menos considerados e calculados, que eram destinados a agir sobre as possibilidades de ação de outras pessoas. Governar, nesse sentido, é estruturar o campo possível de ações de outros (FOUCAULT, 1982, p. 221).

Essa reflexão é valorosa quando pensamos sobre as estratégias de governamentalidade no campo da saúde, especialmente as ações institucionalizadas, que no âmbito do SUS, também aparecem nas políticas públicas, como a política de prevenção ao HIV/Aids.

Assim, convém ressaltarmos que a população não surgiu como objeto de atuação do poder somente no século XVIII. Se realizarmos uma rápida protogenealogia, é possível mapear a existência de políticas públicas visando, por exemplo, regular a dinâmica populacional. Na Antiguidade Clássica e em Roma existiam políticas que operavam através de leis e outros aparatos normativos que estimulavam o casamento, outras versavam acerca da isenção de impostos para famílias numerosas, etc (FOUCAULT, 2012).

Porém será a partir da segunda metade do século XVIII e no início do século XIX que emergirá o Estado de Bem-Estar Social e nele a população começará a ser estudada, analisada e esquadrihada por meio de uma série de políticas que se ancoraram nas ciências do homem,

especialmente a demografia e a medicina social (FOUCAULT, 2012). Tais políticas visavam estabelecer um controle e gestão mais efetivo dos membros de uma população. Isso é uma forma de funcionamento, até então, diverso ao que vinha sendo realizado, ou seja, uma (re) orientação nas políticas que tinham como escopo não esse processo de gerenciamento, mas atingir a população sem uma continuidade e deixando vários aspectos desse conjunto de forma intocada.

Assim, as respostas institucionalizadas à epidemia de HIV/Aids em Parnaíba passam por algumas reorientações, ilustrando esse processo de gerenciamento que visa atuar, concomitantemente, em duas direções: ao sujeito-espécie e à população. Uma questão que se coloca é: quais são alguns dos efeitos produzidos pela *governamentalização* das condutas sexuais dos jovens? Os participantes das oficinas trazem alguns elementos interessantes ao debate, visibilizados nos trechos abaixo.

J18 afirma: *Eu sempre falo para os meus amigos: se não tivessem DST ou HIV eu transaria numa boa, sem preocupação, mas assim, a gente, por conta dessa epidemia do HIV. Porque quando a gente vai transar, a gente tem que pensar e ver todos esses cuidados que a gente tá falando.*

J6: *Isso, temos que ver essa coisa do risco mesmo e temos que achar um jeito do risco não ser tão grande, porque risco sempre existe.*

J12: *Isso, a gente não pode sair transando com todo mundo, de forma aleatória, sem proteção, e isso muda bastante o nosso comportamento sexual e o nosso comportamento sexual é vida!*

Esses recortes nos ajudam a pensar como os corpos jovens são governados, além de visibilizar algumas relações estabelecidas entre a ciência e a medicina como figuras de autoridade, que produzem e justificam alguns discursos.

A racionalidade científica ajudou na construção de uma ordem social assim como nas suas instituições e expressões políticas. Todos esses “produtos” acabam por fomentar marcos interpretativos e normas sociais para se vivenciar a saúde e a enfermidade. Dessa forma, o Estado moderno, legitimado pelo discurso biomédico, intervém estrategicamente sobre os usos e práticas que os jovens (e outras pessoas também) fazem sobre seus corpos.

Essas “estratégias de poder” induzem uma homogeneização dos corpos visando a uma produtividade, proposta de desenvolvimento e racionalidade, por meio de uma imagem de “livre escolha”. A ideia de “livre escolha”, a partir da qual os jovens falam que devem se controlar e cuidar para evitar o risco de infecção ao HIV, também visibiliza a existência de algumas práticas que atravessam os corpos juvenis e fazem com que se apresentem como medicalizados.

Esse é um ponto importante ao debate, pois a saúde como produto dessa racionalidade moderna (e diversa aos processos de enfermidade) aparece como uma norma indiscutível, que exige um corpo apto ao trabalho, além de apresentar este como algo saudável e jovem. Dessa forma, o poder produz um arranjo acerca de códigos e valores de saúde, modelando e configurando prescrições médicas, que no cenário de algumas epidemias, como o HIV, entrelaçam-se em um disciplinamento higienizante.

No caso da saúde sexual dos jovens, existe a visibilização cada vez maior das infecções sexualmente transmissíveis. Por meio desse estratagema, consegue-se instaurar um certo alarde social ante a esses corpos infectados. Assim, os corpos jovens que rompem com as prescrições biomédicas precisam ser purificados pela ação farmacológica, por exemplo, como explana E3:

*nós administramos a PeP [Profilaxia pós exposição] aqui também, mas temos que ter cuidado, pois tem gente que não quer usar mais o preservativo e vai ficar só tomando a PeP<sup>54</sup>.*

Nesse ponto, não vamos debater acerca do uso das profilaxias medicamentosas ao HIV, mas o que queremos destacar é que essas intervenções se colocam como aparentemente neutras e que, mesmo sendo uma alternativa de cuidado às pessoas, ela visa proteger, acima de tudo, a população, o corpo social. A partir do biopoder, o corpo infectado representa uma falha na ordem, fazendo com que sejam estruturados processos de reeducação por meio de pressupostos estatais, com os quais se objetiva conter a epidemia, sem que para isso, implique maiores gastos públicos.

É nessa direção que outros elementos presentes nas falas dos jovens nos ajudam a compreender essa dinâmica, por exemplo:

*J11: E até o prazer começa a ser controlado! Porque antes de pensar no prazer, você tem que pensar no dano, assim, então, você pode ter prazer, mas tem que saber aquele limite, que você pode ou não.*

*J15: Tem que usar camisinha! Fazer sexo só com camisinha mesmo.*

Esses recortes de fala ilustram os processos de disciplinarização dos corpos jovens e da regulação das populações. Por meio desses procedimentos desenvolve-se uma organização do poder sobre a vida, fazendo com que a morte, antes símbolo máximo do poder soberano, fosse “recoberta pela administração dos corpos e pela gestão calculista da vida” ocorrendo rapidamente o surgimento de numerosas e diversas técnicas para se obter a “sujeição dos corpos e o controle das populações”, característica importante do biopoder (FOUCAULT, 2001, p. 152).

---

<sup>54</sup> A PEP é um tratamento preventivo com terapia antirretroviral por 28 dias. Essa profilaxia impede a sobrevivência e a multiplicação do vírus HIV no organismo.

As falas dos jovens também vão na direção daquilo que convencionamos como sexo seguro. Nesse sentido, consideramos o sexo seguro como um recurso do campo de ação da biopolítica em relação ao HIV/AIDS. De acordo com Lilia Rossi (2002), o sexo seguro foi uma produção da comunidade homossexual norte-americana, cujo objetivo era divulgar um conjunto de cuidados e práticas sexuais que diminuíssem ou eliminassem os riscos de infecção pelo HIV.

A compreensão de sexo seguro baseia-se em métodos e técnicas bem elaboradas, a exemplo das oficinas de sexo seguro. Isso também foi importante visto que ao se espalhar pelo mundo, a ideia de sexo seguro ajudou na organização política dos grupos homossexuais em resposta à epidemia de Aids. O sexo seguro possibilitou não só alternativas de prevenção entre homossexuais, como também foram adotadas como políticas governamentais e comunitárias de combate à AIDS para todos os outros segmentos de orientação sexual. É importante destacar que essa compreensão de sexo não foi gestada no âmbito dos estados, mas passaram a compor as suas estratégias de prevenção, especialmente para os jovens.

Incidindo sobre os processos biológicos e orgânicos sobre a população e sobre o corpo, as ciências da saúde, principalmente a medicina com suas propriedades de poder influir sobre o corpo e a população, tem efeitos disciplinares e efeitos reguladores. Para Foucault (2005) é a “norma”, empregada pelos agentes detentores do saber, que finalmente fará a ponte entre um e outro mecanismo (disciplina e regulamentação), sendo que a medicina será responsável pelo surgimento da ideia de normalização:

A norma é o que pode tanto se aplicar a um corpo que se quer disciplinar quanto a uma população que se quer regulamentar (...) e a (...) sociedade de normalização não é, pois, uma sociedade disciplinar generalizada cujas instituições disciplinares teriam se alastrado [...] é uma sociedade em que se cruzam (...) a norma da disciplina e a norma da regulamentação (FOUCAULT, 2005, p. 302).

Nesse contexto, o discurso do sexo seguro na luta contra o HIV/Aids encontra um terreno propício para seu fortalecimento, pois no quesito prevenção o uso do preservativo passa a representar a única maneira eficaz para evitar infecções e reduzir a transmissão do vírus. Ou seja, converte-se em uma norma que transforma, por exemplo, a prática de sexo casual sem camisinha em tabu. É importante ressaltar que antes da descoberta do HIV/Aids não existia uma distinção entre sexo com ou sem preservativo. Não se trata aqui de uma desqualificação desse enquanto importante insumo de prevenção, mas sim da necessidade de se refletir acerca de outros fatores diretamente imbricados nessa questão.

Como E1 fala: *só a camisinha, não está rolando não!* Assim, essa estratégia apresenta algumas limitações, pois da forma como foi institucionalizada acabou por apresentar um

caráter fortemente prescritor. As oficinas e todas as atividades de prevenção que se baseiam no sexo seguro, além de centralizarem-se no uso dos preservativos, focam em certas condutas, deixando de fora outras práticas. Nesse ponto, como podemos associar prazer com prevenção?

Além disso, em Parnaíba, como E4 fala:

*já aconteceu em uma sessão de aconselhamento pós testagem com um jovem de darmos algumas camisinhas para ele e quando ele saiu da sala, jogou tudo no lixo.*

Diante desses processos de resistência e de outras práticas de prevenção e autocuidado, como podemos fazer essa interface, entre os processos de gestão e os saberes até então produzidos “biopoliticamente” no âmbito do Estado, com as práticas cotidianas dos jovens?

Um exemplo bem ilustrativo desse processo foi o episódio já relatado quando pedimos, em uma das oficinas, para que os jovens escrevessem um passo a passo da utilização do preservativo peniano e pedimos para alguns voluntários colocassem o preservativo em uma das próteses penianas que disponibilizamos.

Nenhum dos jovens presentes conseguiu colocar o preservativo a partir das orientações feitas pelos colegas. Isso nos chamou a atenção por esse ser supostamente o método mais preconizado junto aos jovens de Parnaíba, tanto pelo Programa Municipal como pelos movimentos sociais, via educação de pares.

Essa estratégia de difusão do conhecimento é válida, à medida que algumas informações e/ou estratégias de prevenção podem ser socializadas entre os jovens. Entretanto é necessário refletir sobre esse “alcance” das informações, bem como sobre a “qualidade” da informação e das formas de condução das atividades.

Como podemos pensar em uma educação sexual, e aqui recortamos um aspecto específico que são as questões relacionadas a saúde sexual, sem fazer essas provocações?

Se fizermos uma busca rápida pelos sites de vídeo, na internet, encontramos muitas publicações e até mesmo alguns tutoriais ensinando como colocar os preservativos peniano e vaginal. Porém qual a interface entre esses conteúdos e os jovens que acessam essas informações?

A experiência que relatamos acima, na oficina, foi potente no sentido de se constituir em um espaço onde os participantes puderam refletir sobre algumas práticas. O trecho que segue abaixo, ilustra esse movimento:

*J2: Eu acho que a gente por ter mais informações é diferente para as pessoas que não tem esse mesmo acesso, entendeu?*

J11: *A gente viu aqui na prática que a gente tem educação sexual, na teoria a gente sabe, mas na hora de colocar a camisinha, todo mundo errou e aí a gente vai dizer que os universitários não pegam Aids porque têm conhecimento? E aí a gente faz um teste e não consegue colocar uma coisa que a gente fala que é para se prevenir.*

Esse é um ponto importante, pois durante o processo de pesquisa, seja facilitando, seja acompanhando as intervenções realizadas pelo Fórum Rede Aids Delta, os processos grupais de educação em saúde sexual sempre foram prevalentes. Contudo, quando estruturamos essas estratégias de aspectos macrossociais, deixamos pouco espaço para a interface mais relacional e capilar. Nesse sentido, como os jovens presentes nessas atividades dialogam com as informações que são compartilhadas? Ou como os jovens passam da posição de receptor das informações para agente ativo desse processo de cuidado? Os questionamentos são alguns dos convites à reflexão que fazemos.

Esse ideário de que os jovens são irresponsáveis traz repercussões nas estratégias de prevenção, pois nos processos de educação em saúde, esse grupo é visto de maneira passiva ou apenas como retransmissor de informação, não considerando algumas construções, a exemplo das trazidas por J1:

*A gente sabe da camisinha, sabe que precisa ter um limite, que precisa se cuidar, porque através daquele contato a pessoa pode pegar, mas eu acho que a gente tem que pensar em outras formas de cuidado também (grifo nosso).*

São essas outras formas de cuidado que devemos visibilizar ou fomentar para que essas outras práticas possam surgir. Na própria realização das oficinas ocorrem esses momentos, quando uma das participantes que se posiciona sexualmente como lésbica explicou como ela adapta o preservativo peniano para fazer sexo oral.

Uma prática que, até então, poderíamos pensar que era específica de uma orientação sexual, pode ser compartilhada para todos aqueles que fazem sexo oral. E, por mais que a possibilidade de infecção no sexo oral seja menor que no sexo vaginal e anal (a boca é menos vascularizada que a vagina e o ânus), ela também se configura em uma importante via de transmissão.

Além disso, esse conteúdo também foi importante, pois o uso do preservativo, durante o sexo oral fica impossibilitado, por entre outras coisas que os próprios jovens destacaram, como J7: *o gosto da camisinha é horrível.*

Assim, os participantes foram trazendo algumas estratégias que eles utilizam para burlar o sabor do látex, como o uso de pastilhas e chicletes, além do uso de preservativos com sabor. São estratégias simples, e no caso da última orientação, o preservativo com sabor, os insumos disponibilizados pela rede pública de saúde apresentam alguns avanços, como a

disponibilidade em dois tamanhos (49 e 52 milímetros). Mas diverso de outros lugares, como na África do Sul, os preservativos não são ofertados com sabores e essa pode ser uma importante estratégia para fomentar o uso do preservativo em todas as práticas sexuais.

Os jovens também trouxeram outras estratégias que utilizam e vão de encontro a esse processo prescritivo que algumas intervenções em saúde sexual realizam, como no trecho a seguir:

*J8: essa questão da camisinha mesmo, não dá para fazer como dizem por aí, a gente está no maior sarro, tem que parar tudo para colocar a camisinha.*

*J9: Isso, já tem que fazer parte das preliminares!*

Essa dimensão da vida que acaba não sendo incluídas nessas estratégias de prevenção. Além disso, não existe uma receita da melhor forma de colocar o preservativo. Como J9 mesmo fala, se o seu uso deve ser no âmbito das preliminares, ele deve se fazer presente nas interações e no jogo do prazer presente na cena sexual.

A figura 5 tem por objetivo sistematizar e produzir uma representação gráfica que nos ajuda a compreender como ocorrem as estratégias de prevenção ao HIV/Aids em Parnaíba, a partir da narrativa que produzimos ao longo desse texto.

**Figura 6** - Esquema conceitual da prevenção ao HIV/AIDS



**Fonte:** Próprio autor

Em um nível mais macro temos a governamentalidade que opera por estratégias biopolíticas marcadores como raça, geração, idade, classe social, orientação sexual, escolaridade e gênero. Por meio destes, o Programa Municipal de HIV/Aids assim como os

movimentos sociais e acadêmicos atuam e criam as condições de possibilidades para as práticas cotidianas dos jovens, dos profissionais de saúde, dos integrantes dos movimentos sociais e acadêmicos.

Contudo, não existe uma gradação unidirecional de forças que parte do nível macro para a capilaridade dos sujeitos. Esse processo é polimorfo, pois os jovens, os profissionais de saúde e militantes metamorfoseiam as recomendações, as normativas. Como sujeitos ativos no processo de prevenção ao HIV/Aids, eles criam outras estratégias, produzem rupturas, linhas de fuga.

Todas essas questões apontam que devemos sair de uma perspectiva de prevenção prescritiva para uma prevenção dialógica, permitindo novas/outras formas de fazer políticas sobre a vida por meio de agenciamentos que possibilite, porque não, uma ética do “cuidado de si”, que consista em um conjunto de regras de existência no qual o sujeito dá a si mesmo promovendo, segundo sua vontade e desejo, uma forma ou estilo de vida culminando em uma “estética da existência”.

O cuidado de si não consiste em uma ética em que o sujeito se isola do mundo, mas retorna para si mesmo para depois agir. Portanto podemos dizer que o “cuidado de si” trata de um “duplo-retorno”; primeiramente um “retorno para si” e, num segundo momento, um “retorno para o outro e para o mundo” (FOUCAULT, 2003b).

Essas são algumas possibilidades que podem se fazer presentes quando pensamos nas estratégias de governamentalidade no debate sobre HIV e jovens. O cuidado de si corresponde a uma postura ética diante do mundo em que o sujeito, antes de agir sobre este, volta-se para si reflexivamente, agindo sobre si e depois sobre o mundo.

Esse posicionamento para consigo corresponde a um cuidado com a própria vida tanto em seu sentido biológico quanto nos processos de subjetivação. Ou seja, o sujeito, em um contraste com padrões de existência normalizantes movido por sua vontade de vir a ser algo que esteja de acordo com seu desejo de vida, molda-se através de suas escolhas.

Então esse sujeito jovem, contido em diversas prisões simbólicas e subjetivas, entra em confronto com forças externas que tentam lhe dobrar e lhe tornar dócil, lapidando e esculpindo sua vida como obra de arte que é continuamente feita e refeita. Assim, podemos concluir que a ética do cuidado de si, enquanto outra forma de posicionamento do sujeito para consigo mesmo, constitui-se em um conjunto de práticas e regras de existência que o sujeito dá a si e a esse cuidado para consigo. Transformando suas condutas e seus processos de subjetivação torna a vida, metaforicamente falando, “bela”, culminando na compreensão desta como “estética da existência”.

## 9 À GUIA DE CONCLUSÃO

Chegamos ao final do nosso diálogo que certamente não finda com esse texto. A escrita de uma tese é um processo de bastante investimento pessoal e acadêmico. Durante o período da pesquisa que subsidiou a escrita do trabalho foi possível ter um contato com atores e atrizes de uma política pública de saúde, tanto os que estão no âmbito do Estado, como os que compõem os movimentos sociais e usuários.

Com o objetivo principal de analisar as estratégias de governamentalidade presentes na política de prevenção à juvenilização da Aids no Delta do Parnaíba passamos a empreender um exercício reflexivo acerca da operacionalização da política municipal de prevenção ao HIV/Aids executada na cidade de Parnaíba –PI, à luz das memórias sobre a institucionalização desta política pública em âmbito nacional.

Contudo vale fazer uma ressalva, as ponderações que aqui realizamos não objetivaram realizar a análise de uma política pública, como a Saúde Coletiva e alguns outros campos do saber executam. Buscamos fazer um exercício analítico de caráter psicossocial que ajudasse a visibilizar a dinamicidade presente nas estratégias institucionais de prevenção ao HIV/Aids neste município piauiense.

Também, no processo da pesquisa e escrita desta tese, dialogamos principalmente com Michel Foucault e outros autores que partem de suas postulações para tentar compreender os fenômenos presentes no cotidiano. No entanto, não nos propomos a fazer um exercício analítico “foucaultiano”, com vistas a aplicar os construtos teóricos produzidos por esse autor nesse texto doutoral. Buscamos, muito mais propor um diálogo com suas teorizações, uma interface, que nos ajudou nas “formas de fazer ver”, de compreender. Por isso tomamos o conceito de Governamentalidade como ponto de partida (o qual discutimos na unidade 3) que diz respeito às maneiras de governar, por meio de uma racionalidade, procedimentos técnicos e formas de instrumentalização.

Como estamos da interface com o campo da saúde, em especial com as políticas públicas de saúde, o argumento central que defendemos nesta tese — e ao chegarmos nas linhas finais, reafirmamos — é que as políticas de saúde constituem artefatos socioculturais reguladores e produtores de formas de subjetivação.

Isso porquê, entendendo a população como realidade biológica, esta passa a ser apreendida em termos de suas regularidades, assim, por intermédio da estatística pode-se conhecer os índices de adoecimento, nascimento, mortalidade, escolaridade etc. Em razão do esquadramento desses aspectos é possível estabelecer relações entre determinados fatos e

certos acontecimentos e por meio desse potencial é que epidemiologia<sup>55</sup> é tão utilizada nas ações públicas de saúde, especialmente no âmbito do HIV/Aids.

Ao debatermos a saúde, problematizamos as experiências dos sujeitos, pois a saúde se conforma como uma norma segundo a qual todos os indivíduos, portadores ou não de algum agravo em saúde, devem pautar os cuidados consigo mesmo. A exemplo do uso compulsório do preservativo em todas as relações sexuais, bem como da utilização de outros insumos de prevenção.

É esse convite que as políticas públicas de prevenção ao HIV/Aids fazem, especialmente a política com a qual dialogamos no percurso dessa tese. Elegendo a vida como elemento mais importante da experiência humana, em todas as atividades voltadas à prevenção ao HIV, os jovens eram convidados a refletir sobre as suas condutas sexuais., a exemplo do quantitativo de parceiros/as sexuais.

É pelo caráter de vulnerabilidade relacionado às práticas sexuais que os jovens são tomados como alvo das políticas de prevenção ao HIV e, em referência a esse aspecto vulnerável, o sujeito inscreve em sua relação consigo mesmo a norma da saúde, impondo o cumprimento de uma conduta sexual “saudável”. Dessa forma, se faz importante visibilizar como os jovens se posicionam diante desses códigos de saúde.

No diálogo com os jovens, alguns se referiam recorrentemente ao “prazer regulado” e à capilaridade dessas estratégias de governo no âmbito das ações de foro mais íntimo, como são socialmente compreendidas as relações sexuais. Essa aparece como uma dimensão central para compreendermos os posicionamentos dos jovens, nesse cenário de estratégias de prevenção institucionalizadas.

Contudo, só conseguimos produzir essas reflexões pelo desenho metodológico que utilizamos, que possibilitou-nos um novo posicionamento *no campo* (SPINK, 2007). Tradicionalmente, quando realizamos uma pesquisa *no campo*, inicialmente produzimos as informações para nas fases seguintes estruturarmos uma “devolutiva”. O percurso que seguimos foi o inverso. Primeiro, aproximamo-nos dos atores institucionais que conduzem as respostas à epidemia de HIV/Aids em Parnaíba e propusemos a articulação de um fórum. A estruturação do Fórum Rede AIDS Delta permitiu não apenas a construção das informações, mas possibilitou a articulação intersetorial entre os âmbitos estatais, os movimentos sociais e a universidade e, assim, passamos a construir respostas combinadas à epidemia.

---

<sup>55</sup> Campo de conhecimento que se ancora nos procedimentos estatísticos, como estratégia principal para a produção do saber em saúde.

Nesse percurso metodológico não produzimos apenas informações, mas passamos a atuar, a partir do reconhecimento de que nos situamos em um espaço socialmente privilegiado que é a universidade. Essa compreensão nos colocou em um outro lugar, diverso do que os estudos e pesquisas fazem, talvez mais desafiador do ponto de vista do método. Adotando uma perspectiva ético-dialógica não nos colocamos em uma posição verticalizada, na qual a academia como um dos centros de produção do conhecimento apresenta-se e coloca-se de forma diferenciada. A posição que adotamos foi, a partir do nosso lugar de universidade pública, pensar em como poderíamos disparar alguns processos de produção do conhecimento acerca da saúde sexual na região do Delta do Parnaíba, além de contribuir, apoiar e operacionalizar as ações estruturadas pelo Programa Municipal de Prevenção às DST/HIV/Aids, bem como os coletivos e demais movimentos sociais que militam no campo da saúde sexual.

Nesse sentido, colocamo-nos como parceiros dos atores institucionais que já atuavam nas respostas locais a epidemia de HIV/Aids. A produção das informações que subsidiaram a escrita desta tese foi decorrente desse outro posicionamento no campo.

Além disso, estudar as respostas institucionalizadas à epidemia de HIV/Aids no Brasil, especialmente em Parnaíba, completa um ciclo iniciado em 2010, quando fui o primeiro estagiário de psicologia no Programa Municipal de Prevenção às DST/Aids em Maceió. A oportunidade de fazer uma pesquisa em um campo de discussões em que tive as minhas primeiras aproximações ainda na graduação, constituiu-se em uma experiência gratificante.

Ademais, conduzir uma pesquisa refletindo sobre o SUS e as políticas públicas de saúde é algo que marca a minha trajetória acadêmica, profissional e pessoal. Em tempos de desmontes das políticas sociais brasileiras, com ataques diários à seguridade social, visibilizar/apontar outras formas de cuidado em saúde é um exercício de resistência.

Nessa direção, não nos interessava a produção de uma fotografia que retratasse a operacionalização das respostas de prevenção ao HIV/Aids em Parnaíba. Porém, como passamos a compor essa dinâmica de forças, buscamos compreender os processos de operacionalização. Assim, objetivamos o “como”. E, nesse sentido, apoiamo-nos em pressupostos foucaultianos e de outros autores/as que nos ajudam a visibilizar e compreender esses processos micropolíticos.

O Brasil já foi reconhecido pelo seu pioneirismo em algumas ações de resposta ao HIV/Aids. A articulação entre sociedade civil e Estado produziu um saber-fazer em saúde que rompe a imagem de um sistema público de saúde caótico, permanentemente difundida pelos

grupos midiáticos e por setores empresariais que aparelham o Estado, com vistas ao sucateamento dos serviços públicos de saúde.

Na realização dessa pesquisa foi possível visibilizar práticas retratadas por um dos profissionais entrevistados, que afirmou: *quando sabemos que um usuário nosso foi internado na HEDA [hospital estadual de referência] ou na Santa Casa, já ligamos para saber quem é o médico plantonista. Porque se acontecer algum problema, a gente corre atrás.* Dessa forma, rompe-se com os argumentos nos quais os serviços e redes de atenção pública de saúde não se baseiam em afetos, em militâncias diárias.

A oportunidade de fazer uma pesquisa de doutorado, estudando em um local afastado dos grandes centros econômicos e de pesquisa do Brasil, também foi um dos aspectos relevantes na escrita da tese. Compreender como os contextos locais “periféricos” atualizam e metamorfoseiam as diretrizes nacionais que orientam as políticas públicas de saúde, é valorizar um aspecto molecular.

Ao fazermos a interface dos jovens com uma política cujo o foco é a prevenção ao HIV/Aids, também apontou outros caminhos que podem ser rompidos. Quando deixamos de operacionalizar estratégias prescritas e passamos a nos posicionar de uma maneira dialógica, possibilitamos outras formas de cuidado com a saúde sexual, reconhecendo a importância dos insumos, mas fazendo com que esses possam ser ressignificados.

Alimentar a convenção social de que o jovem é irresponsável, rebelde, problemático induz e legitima algumas práticas institucionais que, em alguma medida, negligenciam a juventude. Além disso, esses discursos invisibilizam a multiplicidade das experiências juvenis. Por exemplo, é fácil classificar os jovens parnaibanos de irresponsáveis. Entretanto, a partir de outras experiências na cidade<sup>56</sup>, acompanhamos alguns jovens que deixavam de frequentar a escola para vender amendoim e outros petiscos na praia, nas épocas de grande circulação de turistas. O dinheiro decorrente dessa prática servia para complementar a renda familiar.

Também como um exercício reflexivo, essa tese é parte dos processos que enredam estratégias de biopoder e não só no campo da saúde sexual, mas quando reificamos a juventude como uma categoria importante para o desenvolvimento de pesquisas. Isso não se configura uma fragilidade, porém uma ponderação acerca do lugar que ocupamos no cenário dos saberes e dos produtos resultantes das nossas atividades enquanto universidade.

---

<sup>56</sup> Como professor supervisor de Estágio Profissional em Psicologia, no qual acompanhava os estágios desenvolvidos nos Centros de Referência da Assistência Social em Parnaíba, junto aos jovens do PROJOVEM.

Além disso, outras informações que visibilizamos no processo de produção das informações e confecção desse texto acabaram por não ser analisadas, de acordo com a sua importância e relevância. Uma delas foi a questão da saúde sexual da população negra. Até a realização da pesquisa não havíamos percebido a dimensão desse aspecto no campo da saúde sexual que, em alguma medida, representa uma atualização do racismo institucional na saúde. Dessa forma, além do agravo, as condições de resolver os problemas de saúde são desiguais para o maior contingente populacional de Parnaíba.

Portanto, por mais que uma pessoa seja passível de infecção pelo HIV, o contexto parnaibano se apresenta como um agravo em saúde que acomete determinados grupos populacionais, sendo mais prevalente em pessoas que apresentam marcadores sociais bem definidos. Ou seja, são pessoas pobres, jovens e negras. Até mesmo a reflexão dos indicadores epidemiológicos, através da oferta de testagem em outros espaços, como as unidades básicas de saúde, pode ajudar a compreender a dimensão da epidemia na região.

Outro aspecto que diz respeito a própria dinâmica institucional local, que serve como uma dimensão importante nos estudos sobre operacionalização de políticas públicas de saúde, é o aspecto do vínculo dos profissionais. Em Parnaíba, com a mudança da gestão municipal, toda a equipe do Programa Municipal de Prevenção as DST/HIV/Aids, bem como dos serviços sob sua responsabilidade, foram substituídas. Até os profissionais concursados estão, hoje, desenvolvendo as suas atividades em outros locais. Uma mudança que não havia ocorrido durante esses 20 anos de programa em Parnaíba.

Os desafios são muitos, o mergulho teórico que fizemos ao longo dessa trajetória do doutorado e da escrita da tese, provocou-nos mais questionamentos do que “respostas”. Aspectos que foram sendo visibilizados ao longo do processo, que são temas importantes, mas não compunham o nosso foco central não foram objeto de reflexão nesse texto.

Dessa forma, o anseio é que outras e novas pesquisas e estudos serão, por nós, desenvolvidos. Sendo essa a primeira de uma sequência de reflexões sobre o nosso sistema público de saúde, que mesmo com suas deficiências é um dos maiores projetos de cidadania elaborado e executado pelos brasileiros. O caminho é longo, mas o desejo de percorrê-lo é bastante intenso.

## REFERÊNCIAS

ABIA. **Mito vs Realidade:** sobre a resposta brasileira à epidemia de HIV e AIDS em 2016. Rio de Janeiro: ABIA, 2016.

AFONSO, Lúcia. (Org.). **Oficinas em dinâmica de grupo:** um método de intervenção psicossocial. Belo Horizonte: Edições do Campo Social, 2000.

\_\_\_\_\_. (Org.). **Oficinas em dinâmica de grupo:** um método de intervenção psicossocial. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

AGAMBEN, Giorgio. O que é um dispositivo? In: \_\_\_\_\_ **O que é contemporâneo?** E os outros ensaios. Chapecó-SC: Argos, 2009.

AGUIAR, Márcio M. A construção das hierarquias sociais: classe, raça, gênero e etnicidade. **Cadernos de Pesquisa do CDHIS.** Uberlândia, v.1, n. 36/37. p. 83-88, set./dez., 2007.

ALMEIDA, Célia.M.; BARBOSA, Regina.M. Solidariedade e valorização da vida: uma reconstrução necessária na Política de Saúde no Brasil. **Bol. ABIA**, v.6, P. 8-11, ago.,1992.

ALMEIDA FILHO, Naomar. Por una epidemiología con (más que) números: cómo superar la falsa oposición cuantitativo-cualitativo. **Salud colectiva**, Lanús, v. 3, n. 3, p. 229-233, dic., 2007.página inicial e final. Se for tirado da internet, acrescentar o site. Disponível em: <

AMARAL, Isabela C. **Aconselhamento em DST/HIV/Aids:** o processo formativo dos profissionais das UBS na cidade de Parnaíba-PI. 2016.Trabalho de Conclusão de Curso. (Graduação em Psicologia) Universidade Federal do Piauí, Parnaíba ,2016.

AMORIM, Grazielle R. Prevenção e noção de risco a partir da Aids: considerações sobre a biopolítica. In: SIMPÓSIO NACIONAL DE HISTÓRIA CULTURAL - Escritas da História: Ver - Sentir – Narrar. 6., Teresina, 2012. Disponível em: <  
<http://gthistoriacultural.com.br/VIsimposio/anais/Grazielle%20Regina%20de%20Amorim.pdf>  
>. Acesso em 07 nov. 2017.

ARILHA, M.; Calazans, G. Sexualidade na Adolescência: o que há de novo? In: E. Berquó (Org.). **Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas.** Brasília: CNPD, 1998.

AYRES, José R. et al. Adolescência e aids: avaliação de uma experiência de educação preventiva entre pares. **Interface Botucatu**, Botucatu, v. 7, n. 12, p. 123-138, fev., 2003.

\_\_\_\_\_. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids. In: BARBOSA, Regina Maria; PARKER, Richard. (Org.). **Sexualidades pelo avesso:** direitos, identidades e poder. Rio de Janeiro - São Paulo: IMS/UERJ, Editora 34, 1999.

\_\_\_\_\_. O jovem que buscamos e o encontro que queremos ser: a vulnerabilidade como eixo de avaliação de ações preventivas do abuso de drogas, DST e AIDS entre crianças e adolescentes. In D. Tozzi et al. (Orgs.), **Papel da educação na ação preventiva ao abuso de drogas e às DST/AIDS.** São Paulo: Fundação para o Desenvolvimento da Educação, 1996. p. 15-24.

\_\_\_\_\_. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia Dina, Freitas Carlos. M.,(Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências.** Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz; 2003. p. 117-139.

\_\_\_\_\_. **AIDS, Vulnerabilidade e Prevenção.** In: Seminário Saúde Reprodutiva em tempos de AIDS. Anais /ABIA, 1997.

BAPTISTA, Tatiane W. F.; MATTOS, Ruben A. Ciência, metodologia e o trabalho científico (ou Tentando escapar dos horrores metodológicos). In: \_\_\_\_\_. **Caminhos para análise das políticas de saúde.** Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015.

BASTOS, Francisco. I. **Ruína e reconstrução: AIDS e drogas injetáveis na cena contemporânea.** Rio de Janeiro: Relume-Dumará-ABIA/IMS/UERJ, 1996.

BATISTA, Luís Eduardo; KALCKMANN, Suzana (Org.) **Seminário Saúde da População Negra Estado de São Paulo 2004.** São Paulo: Instituto de Saúde, 2005.

BATISTA, Luís Eduardo; BARROS, Sônia. Enfrentando o racismo nos serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 33, supl. 1, e00090516, 2017.

BATISTA, Luís Eduardo et. al. A cor da morte: causas de óbito segundo características de raça no Estado de São Paulo, 1999 a 2001. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 38, n. 5, p. 630-636, Oct. 2004.

BEZERRA, Benilton J. O ocaso da interioridade e suas repercussões sobre a clínica. In: PLASTINO, Carlos Alberto. (Org.). **Transgressões.** Rio de Janeiro: Contracapa, 2002. p.229-239.

BIRMAN, Joel. A Physis da saúde coletiva. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. ,p. 11-16,2005.

BRASIL. Lei nº. 8080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário oficial da União.** Brasília, D.F., 20 set. 1990, Seção 1, p. 5346. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>>. Acesso em: 15 fev. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. **Parâmetros Curriculares Nacionais.** Seção Saúde. Brasília: Ministério da Educação, 1998.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Boletim epidemiológico AIDS 2002.** ano XVI, n. 1. Disponível em: <[http://www.aids.gov.br/boletim\\_epidemiologico/bol\\_dezembro\\_2002/boletim.asp](http://www.aids.gov.br/boletim_epidemiologico/bol_dezembro_2002/boletim.asp)>. Acesso em: 28 mar. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2313, de 19 de dezembro de 2002.** Dispõe sobre o incentivo para estados, Distrito Federal e municípios no âmbito do Programa Nacional de HIV e Aids e outras DST. 2002. Disponível em: <[http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/publicacoes/Legislacao/Portaria\\_2313-2002\\_PAM-Aids.pdf](http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/publicacoes/Legislacao/Portaria_2313-2002_PAM-Aids.pdf)>. Acesso em: 28 jun. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. **Plano Estratégico: Programa Nacional de DST e Aids 2005.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Diretrizes para implantação do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

\_\_\_\_\_. *Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas relacionada às DST e Aids da População Brasileira de 15 a 64 anos de idade*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Boletim epidemiológico AIDS 2015**. ano IV, n.1. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/es/node/57749>>. Acesso em: 28 mar. 2017.

BRITO, Ana. M.; CASTILHO, Euclides. A.; SZWARCOWALD, Célia. L. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 34, n. 2, p. 207-217, mar./abr., 2000.

BRITO, Márjore C. N. **O psicólogo frente à política de HIV/AIDS no município de Parnaíba-PI**. 2016. Trabalho de Conclusão de Curso. (Graduação em Psicologia) - Universidade Federal do Piauí, Parnaíba, 2016.

BURCHELL, Graham. Liberal Government and Techniques of the Self. In: BARRY, A.; OSBORNE, T.; ROSE, N. (Org.). **Foucault and political reason: liberalism, neoliberalism and rationalities of government**. Londres: UCL Press Limited, 1996.

CALAZANS, Gabriela. J. Cultura adolescente e saúde: perspectivas para a investigação. In: OLIVEIRA, Maria Coleta (Org.). **Cultura Adolescência e Saúde**. Campinas: Consorcio de Programas em Saúde Reprodutiva e Sexualidade na América Latina, 2000.

CAMARGO, Brígido Vizeu; BERTOLDO, Raquel Bohn. Comparação da vulnerabilidade de estudantes da escola pública e particular em relação ao HIV. **Estud. psicol. (Campinas)**, Campinas, v. 23, n. 4, p. 369-379, dez., 2006.

CASHMORE, Ellis. **Dicionário de relações étnicas e raciais**. São Paulo: Selo Negro Edições, 2000.

CASTILHO, Euclides Ayres de et al. A AIDS no Brasil: uma epidemia em mutação. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, p. 4-5, supl. 1, 2000.

CASTRO, Mary G.; SILVA, Lorena B. **Respostas aos Desafios da Aids no Brasil**. Brasília: UNESCO-Brasil, Ministério da Saúde, 2005.

CASTRO, Roney P. **“Apertem os cintos”... Uma viagem pelos sentidos e possibilidades do Programa de Educação Afetivo-Sexual (PEAS)**. 2008. Dissertação. (Mestrado em Educação) Universidade Federal de Juiz de Fora. Juiz de Fora, 2008.

CAVAS, Cláudio S. T.; NETO, Maria Inácia. Diáspora negra: desigualdades de gênero e raça no Brasil. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL FAZENDO GÊNERO: Diásporas, Diversidades, Deslocamentos, n. 9, 2010, Santa Catarina: Universidade Federal de Santa Catarina, p.1-9.

CHOR, Dóra. Desigualdades em saúde no Brasil: é preciso ter raça. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 7, p. 1272-1275, jul., 2013.

COHN, Amélia. O estudo das políticas de saúde: implicações e fatos. In: CAMPOS, G. W. S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009.

COIMBRA, Cecília. Os caminhos de Lapassade e da Análise Institucional: uma empresa possível? **Revista do Departamento de Psicologia – UFF**, Niterói, v. 7, n. 1, p. 52-80, 1995.

CRUZ, Francisco I. L. O. **Interiorização da Aids/Sida no município de Cajueiro da Praia/PI entre os anos de 2006-2011**. 2013. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em História) - Universidade Estadual do Piauí, Parnaíba, 2013.

DANIEL, Herbert.; PARKER, Richard. A terceira epidemia: o exercício da solidariedade. In H. Daniel; R. Parker. **Aids, a terceira epidemia: ensaios e tentativas** São Paulo: Iglu, 1991, pp.13-30.

DOUGLAS, Mary. **Risk and blame: essays in cultural theory**. London: Routledge, 1994.

DREYFUS, Humbert; RABINOW, Paul. **Michel Foucault, uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010.

FAÇANHA, Mônica C. et. al. Conhecimento sobre reprodução e sexo seguro de adolescentes de uma escola de ensino médio e fundamental de Fortaleza - Ceará. **DST J Bras Doenças Sex Transm**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 5-9, 2004.

FERNANDES, João Claudio L. Práticas educativas para a prevenção do HIV/AIDS: aspectos conceituais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 171-180, June 1994.

FERREIRA, Maria Paula. Knowledge and risk perception on HIV/AIDS by Brazilian population, 1998 and 2005. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, supl.1, p. 65-71, jun., 2008.

FLEURY, Sonia.; OUVERNEY, A M. Política de Saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, L. (Org.) **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

FONTES, Miguel Barbosa et al. Fatores determinantes de conhecimentos, atitudes e práticas em DST/Aids e hepatites virais, entre jovens de 18 a 29 anos, no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1343-1352, Apr. 2017.

FOUCAULT. Michel. **A verdade e as formas jurídicas**. Rio de Janeiro, Ed. da Pontifícia Universidade Católica, 1974.

\_\_\_\_\_. **As palavras e as coisas: uma arqueologia das ciências humanas**. São Paulo: Martins Fontes, 1985.

\_\_\_\_\_. **História da Sexualidade II: o uso dos prazeres**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1990.

\_\_\_\_\_. **História de Sexualidade I: a vontade de saber**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1993.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. 14 ed. Rio de Janeiro: Edições. Graal, 2001.

\_\_\_\_\_. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1995a.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. 25 ed. São Paulo: Edições Graal, 2012.

- \_\_\_\_\_. Sujeito e Poder. In: DREYFUS, Humbert; RABINOW, Paul (Org.). **Michel Foucault: Uma Trajetória Filosófica**. Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária, 1995b.
- \_\_\_\_\_. **Em Defesa da Sociedade**. Curso no Collège de France (1975-1976). São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. (trad. de Maria Ermantina Galvão). São Paulo: Martins Fontes, 2000.
- \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. São Paulo: Martins Fontes, 2010.
- \_\_\_\_\_. **Os Anormais**. São Paulo: Martins Fontes. 2002.
- \_\_\_\_\_. A “Governamentalidade” (4ª. Aula de “Segurança, Território e População”) In: \_\_\_\_\_. **Ditos e Escritos IV: Estratégia, Poder-Saber**. Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária, 2003.
- \_\_\_\_\_. A Ética do Cuidado de Si como Prática da Liberdade. In: \_\_\_\_\_. **Ditos e Escritos**. Rio de Janeiro: Forense Universitária: 2003b.
- \_\_\_\_\_. Aula de 17 de março de 1976. In: \_\_\_\_\_. **Em defesa da sociedade**. Tradução Maria E. Galvão. São Paulo: Martins Fontes, 2005.
- \_\_\_\_\_. **A Hermenêutica do Sujeito**. 2 ed. São Paulo: Martins Fontes. 2006.
- \_\_\_\_\_. **Segurança, Território e População**. São Paulo: Martins Fontes, 2008a.
- \_\_\_\_\_. **O Nascimento da biopolítica (1978-1979)**. São Paulo: Martins Fontes, 2008b.
- \_\_\_\_\_. **A ordem do discurso**: aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970. São Paulo: Edições Loyola, 2009.
- \_\_\_\_\_. In: MOTTA, Manoel. B. (Org). **Ética, sexualidade, política**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004. p. 234–239.
- FRY, Peter H. et al. AIDS tem cor ou raça? Interpretação de dados e formulação de políticas de saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 497-507, mar., 2007.
- GALANO, Eliana et al . Vivências dos adolescentes soropositivos para HIV/Aids: estudo qualitativo. **Rev. paul. pediatr.**, São Paulo , v. 34, n. 2, p. 171-177, June 2016.
- GUIMARÃES, Antônio S. A. Raça e os estudos de relações raciais no Brasil. **Novos Estudos CEBRAP**, São Paulo, s/v, n.54, p. 147-156, Jul., 999.
- HARAWAY, Donna. Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. **Cadernos Pagu**, n. 5, p. 7- 41, s/v,1995.
- HEILBORN, Maria Luiza. Entre as tramas da sexualidade brasileira. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 43-59, abr., 2006.
- \_\_\_\_\_. Por uma agenda positiva dos direitos sexuais da adolescência. **Psicol. clin.**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 57-68, 2012 .

HOWLETT, Michael; RAMESH, M.; PERL, Anthony. **Política Pública: seus ciclos e subsistemas: uma abordagem integral**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

INGHAM, R. **Personal and contextual aspects of young people's sexual behaviour**. Unpublished paper prepared for WHO/GPA/SSB. Geneva, WHO, 1992.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Sinopse do Senso Demográfico de 2010**. Rio de Janeiro, 2010.

KALCKMANN, Suzana et al . Racismo institucional: um desafio para a equidade no SUS?. **Saude soc.**, São Paulo , v. 16, n. 2, p. 146-155, Aug. 2007.

LAGUARDIA, Josué. Raças e doenças: uma relação delicada. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 417- 422, dez., 2002.

LEMKE, Thomas. An indigestible meal? Foucault, governmentality and state theory. In:\_\_\_\_\_. **Distinktion: Scandinavian Journal of Social Theory** (the final version of this paper will be published in n. 15, 2007. Disponível em: <<http://www.thomaslemkeweb.de/publikationen/IndigestibleMealfinal5.pdf>> Acesso em: 19 fev. 2017.

LEWIN, Kurt. **Problemas de dinâmica de grupo**. São Paulo: Cultrix, 1988.

LOPES, Fernanda. Conceitos e aplicabilidades dos determinantes sociais da saúde-DSS nas políticas do SUS. In: RELATÓRIO final do Fórum Enfrentando o Racismo Institucional para Promover Saúde Integral da População Negra no Sistema Único de Saúde, 2012. Brasília, 2012. Disponível em: <[http://www.unaids.org.br/biblioteca/relatorio\\_finalizado0001.pdf](http://www.unaids.org.br/biblioteca/relatorio_finalizado0001.pdf)>. Acesso em: 15 dez. 2017.

LOPEZ, Laura Cecilia. O conceito de racismo institucional: aplicações no campo da saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 16, n. 40, p. 121-134, mar., 2012.

MACHADO. Roberto. **Danação da norma: medicina social e a constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MANN, Jonathan., TARANTOLA, Daniel. J. N. & NETTER, Thomas. W. (Orgs.). **A AIDS no Mundo**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: ABIA: IMS/UERJ, 1993.

MARQUES, Maria Cristina da Costa. Saúde e poder: a emergência política da Aids/HIV no Brasil. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro , v. 9, supl. p. 41-65, 2002.

MERCHAN-HAMANN, Edgar. Os ensinamentos da educação para a saúde na prevenção de HIV-Aids: subsídios teóricos para a construção de uma práxis integral. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 15, supl. 2, p. S85-S92,1999.

MINAYO, Maria C. S. (Org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2004.

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

MONTEIRO, Maria Carmo. S. Desafios da inclusão da temática étnico-racial na educação permanente em saúde. In: BATISTA, Luís. E.; WERNECK Jurema.; LOPES, Fernanda,

(Org.). **Saúde da População Negra**. Brasília: Associação Brasileira de Pesquisadores Negros, 2012.

MORAIS, Erasmo C. A. **Memórias do Cais: Parnaíba, a cidade, o rio e a prostituição (1940-1960)**. 2012. Dissertação. (Mestrado em História) - Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2012.

MORAIS, Prisciliana. B.; AMORIM, Rosendo. F. Políticas públicas de saúde e campanhas de prevenção à aids: resgatando algumas controvérsias enfrentadas nas décadas de 1980 e 1990. **Tempo da Ciência**, v. 35, n.18, 2011, p. 95-113.

NASCIMENTO, Dilene. R. **As pestes do século XX: tuberculose e Aids no Brasil, uma história comparada**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005.

NASWA, Smriti, MARFATIA YS. Adolescent HIV/AIDS: issues and challenges. **Indian J Sex Transm Dis**, v.31, n.1 ,p. 1-10, Jan-Jun , 2010

OLIVEIRA, Fátima. **Saúde da população negra**. Brasília: OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde, 2002. Disponível em: <  
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0081.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2017.

OLIVEIRA, Maria. H. **Aids, Comunicação e Juventudes: conectividades nos tempos do ficar**. Tese (Doutorado em Políticas Públicas). Programa de Pós Graduação em Políticas Públicas, Universidade Federal do Piauí, Teresina, Piauí, 2015.

PAIM, Jairnilson. S.; ALMEIDA FILHO, Naomar. **A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva**. Salvador: Casa da Qualidade, 2000.

PAIVA, Vera. Sexualidade e gênero num trabalho com adolescentes para prevenção do HIV/Aids. In: PARKER R.; BASTOS C.; GALVÃO J.; PEDROSA J. S.(Org.). **A AIDS no Brasil (1982-1992)**. Rio de Janeiro: ABIA, IMS-UERJ, Relume-Dumará, 1994.

\_\_\_\_\_. Sexualidades adolescentes: escolaridade, gênero e o sujeito sexual. In: PARKER, Richard; BARBOSA Regina (Org.). **Sexualidades brasileiras**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, ABIA, IMS-UERJ, 1996.

\_\_\_\_\_. Cenas sexuais, roteiros de gênero e sujeito sexual. In: PARKER, Richard; BARBOSA Regina (Org.). **Sexualidades pelo avesso: direitos, identidade e poder**. Rio de Janeiro: Editora 34, 1999.

\_\_\_\_\_. **Fazendo arte com camisinha: Os dilemas da sexualidade dos jovens em tempos de AIDS**. São Paulo: Summus, 2000.

\_\_\_\_\_. Cenas da Vida Cotidiana: Metodologia para Compreender e Reduzir a Vulnerabilidade na Perspectiva dos Direitos Humanos. In: PAIVA Vera; AYRES, José Ricardo; BUCHALLA, Cassia Maria (Org.). Coletânea: **Vulnerabilidade e Direitos Humanos - Prevenção e promoção da saúde / Livro I: Da doença à cidadania**. Curitiba: Juruá Editora, 2012.

\_\_\_\_\_; PERES, Camila; BLESSA, Cely. Jovens e adolescentes em tempos de Aids reflexões sobre uma década de trabalho de prevenção. **Psicol. USP**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 55-78, Jan-Jun, 2002.

PARKER, Richard. Introdução. In: \_\_\_\_\_. **Políticas, Instituições e AIDS: Enfrentando a Epidemia no Brasil.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, ABIA, 1997.

\_\_\_\_\_. **Sexualidades pelo Averso:** direitos, identidades e poder. Rio de Janeiro/São Paulo: IMS-UERJ/Editora 34, 2000.

\_\_\_\_\_. Teorias de intervenção e prevenção do HIV/Aids no Brasil. In: PARKER, Richard; TERTO, Veriano. (Org.). **Entre homens:** homossexualidade e Aids no Brasil. Rio de Janeiro: Abia, 1998.

\_\_\_\_\_. Estado e sociedade em redes: descentralização e sustentabilidade das ações de prevenção das DST/AIDS. Aprimorando o Debate: respostas sociais frente à AIDS. **Anais do Seminário: princípios possíveis para respostas ao HIV/AIDS.** Org. Richard Parker, Veridiano Terto Jr., Maria C. Pimenta. Rio de Janeiro: ABIA, 2002.

PARNAÍBA. Plano Diretor do Município. Lei nº 2.296 de 05 de janeiro de 2007. **Diário Oficial do Município.** Parnaíba, PI, 2007.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Desenvolvimento Social e Cidadania. Diretoria de Proteção Social Básica. **Diagnóstico Socioterritorial e Mapeamento da Rede Socioassistencial das Áreas de Abrangências dos Centros de Referência da Assistência Social de Parnaíba.** Parnaíba: 2014.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Desenvolvimento Social e Cidadania. **Diagnóstico Socioterritorial e Mapeamento da Rede Socioassistencial das Áreas de Abrangências do CRAS Piauí.** Parnaíba, 2012.

PASSOS, Eduardo; BARROS, Regina Benevides. A cartografia como método de pesquisa-intervenção. In: PASSOS Eduardo; KASTRUP, Virgínia; ESCÓSSIA, Liliana da. (Org.). **Pistas do método da cartografia:** pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2009.

\_\_\_\_\_. A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. **Psic.: Teor. e Pesq.,** Brasília, v. 16, n. 1, p. 71-79, abr., 2000.

PAZ, Josi. A. **AIDS Anunciada.** Dissertação (Mestrado em Comunicação Social), Faculdade de Comunicação, Universidade de Brasília, Brasília, Distrito Federal, 2000.

PEDROSA, José I. S. **Ação dos atores institucionais na organização da saúde pública no Piauí - espaço e movimento.** 1997. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1997.

PIMENTA, Maria. C. et al. **Passagem segura para a vida adulta:** oportunidades e barreiras para a saúde sexual dos jovens brasileiros. Coleção Saúde Sexual e Reprodutiva, nº 1. Rio de Janeiro: ABIA, 2001.

PINHEIRO, Odette G. Entrevista como prática discursiva. In: Mary Jane Spink. (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano:** aproximações teóricas e metodológicas. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisa Social, 2013.

PINHEIRO, Clara Virgínia de Queiroz; MEDEIROS, Nathassia Matias de. Práticas de prevenção do HIV/Aids e modos de subjetivação. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 629-646, Jun. , 2013.

PIZZORNO, Alessandro. Foucault et la conception libérale de l'individu. In: CANGUILHEM, G. (Org.). **Michel Foucault philosophe**. Paris: Seuil, 1989.

PNUD. **Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil 2013**. Disponível em: <[http://www.pnud.org.br/IDH/Atlas2013.aspx?indiceAccordion=1&li=li\\_Atlas2013](http://www.pnud.org.br/IDH/Atlas2013.aspx?indiceAccordion=1&li=li_Atlas2013)>. Acesso em: 21 mar. 2017.

RABINOW, Paul. **Antropologia da razão**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1999.

\_\_\_\_\_; ROSE, Nikolas. O conceito de biopoder hoje. **Política & Trabalho: Revista de Ciências Sociais**, João Pessoa, s/v, n. 24, p. 27-57, abr., 2006.

REDE AIDS DELTA. **Carta de Princípios**. Parnaíba, 2015.

REDE NACIONAL DE ADOLESCENTES E JOVENS VIVENDO COM HIV/AIDS. Disponível em: <<https://www.jovenspositivos.org.br/>>. Acesso em 13 fev. 2017.

REVISTA ESCUTA SOH!, São Paulo: Viração, Ano 1, 2007/2008.

ROCHA, Fátima M. G. **Política de Prevenção de Aids no Brasil: O lugar da prevenção nesta trajetória**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1999.

ROCHA, Marisa Lopes da; AGUIAR, Katia Faria de. Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 23, n. 4, p. 64 - 73, dez., 2003.

ROSE, Nikolas. Inventando nossos eus. In: SILVA, T. T. (Org.). **Nunca fomos humanos: nos rastros do sujeito**. Belo Horizonte: Autêntica, 2001.

ROSSI, Lilia. **Guia de Prevenção das DST/Aids e Cidadania para Homossexuais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

SAMPAIO, Juliana; ARAUJO José. R. Análise das políticas públicas: uma proposta metodológica para o estudo no campo da prevenção em Aids. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 6, n. 3, p.335-343 , set., 2006.

SANTOS, José Alcides Figueiredo. Classe social e desigualdade de saúde no Brasil. **Rev. bras. Ci. Soc.**, São Paulo, v. 26, n. 75, p. 27-55, fev., 2011.

SHCALL, Virgínea. T.; STRUCHINER. Miriam., Educação no contexto da epidemia do HIV/AIDS, teorias e tendências pedagógicas. In: ZERESNIA, Dina. et al. **AIDS: pesquisa social e educação**. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC/Abrasco, 1995.

SHORE, Cris; WRIGHT, Susan; PERÒ, Davide. **Policy Worlds**. Anthropology and the analysis of contemporary power. New York; Oxford: Berghan Books, 2011.

SILVA, J. A política de promoção da igualdade racial no Governo Federal em 2006 e o Programa de Combate ao Racismo Institucional. In: JACCOUD, Luciana. (Org.). **A**

**construção de uma política de promoção da igualdade racial:** uma análise dos últimos vinte anos. Brasília: Ipea, 2009.

SIM. **Informação sobre Mortalidade Causa base AIDS.** Disponível em: <<http://www2.aids.gov.br/cgi/tabcgi.exe?compl/princ.def>>. Acesso em 02 mar. 2017.

SIMÕES, Júlio. A. & Facchini, Regina. **Na trilha do arco-íris:** do movimento homossexual ao LGBT. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2009.

SINAN. **Aids Adulto.** Disponível em: <<http://portalsinan.saude.gov.br/aids-adulto>>. Acesso em: 18 mai. 2017.

SINAN. **Aids Criança.** Disponível em: <<http://portalsinan.saude.gov.br/aids-crianca>>. Acesso em: 18 mai. 2017.

SONTAG, Susan. **Aids e suas metáforas.** São Paulo: Companhia das letras, 1989.

SPINK, Mary. J.; MENEGON, Vera. S. M. A pesquisa como prática discursiva: superando os horrores metodológicos. In: Mary Jane Spink. (Org.). **Práticas Discursivas e Produção de Sentidos no Cotidiano.** São Paulo: Cortez, 2004.

SPINK, Mary. J. A ética na pesquisa social: da perspectiva prescritiva à interanimação dialógica. **Psico**, Porto Alegre, v. 31, n. 1, p. 7-22, jan./jul., 2000,

\_\_\_\_\_. Pesquisando no cotidiano: recuperando memórias de pesquisa em Psicologia Social. **Psicol. Soc.**, Porto Alegre, v. 19, n. 1, p. 7-14, abr., 2007.

\_\_\_\_\_. **Práticas Discursivas e Produção de Sentidos no Cotidiano.** São Paulo: Cortez, 2004.

\_\_\_\_\_. **Linguagem e produção de sentidos no cotidiano.** Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2010.

\_\_\_\_\_; MENEGON, Vera Mincoff; MEDRADO, Benedito. Oficinas como estratégia de pesquisa: articulações teórico-metodológicas e aplicações ético-políticas. **Psicol. Soc.**, Belo Horizonte, v. 26, n. 1, p. 32-43, abr., 2014.

SPINK, Mary. J.; MENEGON, Vera M. A pesquisa como prática discursiva: superando os horrores metodológicos. In: SPINK, Mary Jane. (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano:** aproximações teóricas e metodológicas. 1ed. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisa Social, 2013.

SPOSITO, Marília Pontes; TARABOLA, Felipe de Souza. Entre luzes e sombras: o passado imediato e o futuro possível da pesquisa em juventude no Brasil. **Rev. Bras. Educ.**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 71, p. 1-25, Out., n.71, 2017.

STÉPHANE, Legrand. **Les normes chez Foucault.** Paris: PUF, 2007.

SZWARCWALD, Celia Landmann et al. A disseminação da epidemia da AIDS no Brasil, no período de 1987-1996: uma análise espacial. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 7-19, 2000.

TEIXEIRA, Paulo. Políticas Públicas em AIDS. In: PARKER, R. (Org.). **Políticas, Instituições e AIDS**. Enfrentado a epidemia no Brasil. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, ABIA, 1997.

TONELI, Maria Juracy F.. Práticas de/na intimidade: o que queremos dizer com isso?. In: Benedito Medrado; Jorge Lyra; Mariana Azevedo; Jullyane Brasilino. (Org.). **Homens e Masculinidades**: práticas de intimidade e políticas públicas. 1ed. Recife: Instituto Papai, 2010, v. 1, p. 139-150.

TRIVINOS, Augusto. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1992.

UNAIDS. **Impact of HIV and sexual health education on the sexual behaviour of young people**: A review update. 1997. Disponível em:  
<<http://www.unesco.org/education/educprog/pead/GB/AIDSGB/AIDSGBtx/Im.../impact.htm>>. Acesso em: 13 jun. 2017.

\_\_\_\_\_. Sex and youth: Contextual factors affecting risk for HIV/AIDS. In: DOWSETT, G.; AGGLETON, P. **Young people and risk taking in sexual relations**. Genebra, 1999.

UNAIDS. **90-90-90 – Uma meta ambiciosa de tratamento para ajudar a acabar com a epidemia de AIDS**. Genebra, 2015.

UNICEF. **Histórico da Rede Nacional de Adolescentes e Jovens Vivendo com HIV/Aids**. Brasília, 2014.

VIANA, Ana. L. D.; BAPTISTA, Tatiane. W. F. Análise de políticas de Saúde. In: GIOVANELLA, L. (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009. p. 65-105.

WERNECK, Guilherme. Epidemiologia Descritiva: qualidade das informações e pesquisa nos serviços de saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 18, n. 3, p. 205-207, set., 2009.

WERNECK, Jurema. Iniquidades raciais em saúde e políticas de enfrentamento: as experiências do Canadá, Estados Unidos, Africa do Sul e Reino Unido. In: BRASIL. FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. **Saúde da população negra no Brasil**: contribuições para a promoção da equidade. Brasília: Funasa, 2005.

\_\_\_\_\_. Racismo e sua (inter)face de gênero. In: \_\_\_\_\_. **Racismo Institucional**: uma abordagem conceitual. São Paulo: Geledés Instituto da Mulher Negra, 2013.

\_\_\_\_\_. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saude soc.**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 535-549, Sept. 2016.

## APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ  
Campus Ministro Reis Velloso  
Departamento de Psicologia

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o(a) Sr.(a) para participar como voluntário(a) da pesquisa "Enfrentamento à juvenilização à Aids no Brasil: uma análise da política no delta do Parnaíba", que está sob a responsabilidade do Pesquisador Prof. Michael Machado (UFPI), sob orientação do Prof. Benedito Medrado (UFPE) com endereço na Avenida São Sebastião, nº 2819, Nossa Senhora de Fátima, CEP: 64202020, Parnaíba, PI - Brasil. E-mail: michael.mmachado@gmail.com.

Este Termo de Consentimento pode conter alguns tópicos que o/a senhor/a não entenda. Caso haja alguma dúvida, pergunte à pessoa a quem está lhe entrevistando, para que o/a senhor/a esteja bem esclarecido (a) sobre tudo que está respondendo. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, caso aceite em fazer parte do estudo, rubriche as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa o (a) Sr. (a) não será penalizado (a) de forma alguma. Também garantimos que o (a) Senhor (a) tem o direito de retirar o consentimento da sua participação em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer penalidade.

#### INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

**Descrição da pesquisa:** Este projeto visa analisar as estratégias de governamentalidade presentes na política de enfrentamento à juvenilização da Aids na cidade de Parnaíba- PI. Os procedimentos de coleta de dados serão entrevistas semi-estruturadas, realizadas com gestores, profissionais de saúde e oficinas com os jovens.

**Período de participação do sujeito:** entre 1 e 2 horas, por entrevista. 2 a 3 horas, por oficina

**Riscos diretos para o participante:** Informamos que a participação neste estudo apresenta risco mínimo do ponto de vista da integridade física, social e emocional dos participantes. Porém, se por ventura, nas entrevistas algum constrangimento ou desconforto moral/emocional ocorrer ou for pelo participante revelado, o(a) Sr(a) receberá orientação para buscar serviço adequado a sua necessidade, a exemplo da Clínica de Psicologia, da UFPI/Campus Parnaíba.

**Benefícios diretos e indiretos decorrentes da participação na pesquisa:** Enquanto benefício direto, o(a) Sr(a) poderá ter acesso à transcrição da entrevista fornecida, possibilitando o registro de memória de seu trabalho, ou a transcrição da sua participação na oficina, permitindo, inclusive, revisão e ajustes das estratégias de atuação profissional e/ou política. Como benefício indireto, as informações fornecidas pelo(a) Sr(a) serão muito úteis para a produção de conhecimento na área da saúde, gerando debates e publicações que podem contribuir para a melhoria da qualidade dos serviços públicos.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa (entrevistas e oficinas), ficarão armazenados em computador pessoal, sob a responsabilidade do coordenador da Pesquisa, no seguinte endereço: Núcleo de Estudos em Saúde Pública, Campus Ministro Reis Velloso, Avenida São Sebastião, nº 2819, Nossa Senhora de Fátima, CEP: 64202020, Parnaíba, PI - Brasil, pelo período de 5 anos.

O (a) senhor (a) não pagará nada para participar desta pesquisa. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação). Fica também garantida indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial.

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPI no endereço: Comitê de Ética em Pesquisa - UFPI, Campus Universitário Ministro Petrônio Portella, Bairro Ininga. CEP: 64.049-550 - Teresina - PI. Tel. (86) 3237-2332. E-mail: cep.ufpi@ufpi.br

\_\_\_\_\_  
(assinatura do pesquisador)

#### CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu, \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter lido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo "ENFRENTAMENTO À JUVENILIZAÇÃO DA AIDS NO BRASIL: UMA ANÁLISE DA POLÍTICA NO DELTA DO PARNAÍBA", como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo(a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Local e data \_\_\_\_\_

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_



Impressão digital (opcional)

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar. (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

## ANEXO A – CARTAZ DIA MUNDIAL DE LUTA CONTRA A AIDS 2015



**1º de Dezembro**  
**DIA MUNDIAL**  
**DE LUTA CONTRA AIDS**

## CONVITE

O GPAids/UFPI em parceria com o NAE/UFPI-CMRV, o CTA/COAS de Parnaíba e o Grupo Guarã convidam a todos/as para as atividades a serem realizadas no Campus Parnaíba/UFPI, no dia 1º de dezembro, dia de luta contra a Aids.

### **Programação:**

**09:00 as 11:30** – *Oficina de cartazes e distribuição do laço vermelho*

Local: Espaço de convivência do Campus  
(em frente ao auditório)

**09:00 as 12:00** – *Testagem rápida para o HIV e Sífilis*

Local: Sala do NAE/UFPI

**14:00 as 15:00** – *Roda de Conversa sobre os 30 anos da Aids no Nordeste*

Local: Auditório do CMRV/UFPI

**15:00 as 16:00** – *Vigília Ecumênica*

Local: Auditório do CMRV/UFPI

Realização:



## ANEXO B – PARNAÍBA NO DIA MUNDIAL DE LUTA CONTRA A AIDS – 2016



9 de janeiro de 2017

A CIDADE EQUIPE DE GOVERNO WEB MAIL CONTATOS OUVIDORIA

ÚLTIMAS NOTÍCIAS

QUINTA-FEIRA, 01 DE DEZEMBRO DE 2016

### Parnaíba no apoio ao Dia Mundial de Luta contra a Aids

O Ministério da Saúde e a Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB) lançaram terça-feira (29), a campanha "Nós Podemos Construir um Futuro sem Aids". A intenção é marcar o Dia Mundial de Luta contra a Aids, hoje dia 1º, com incentivo ao diagnóstico precoce e o tratamento. Em Parnaíba o grupo Guará em parceria com a Universidade Federal do Piauí e o Coas CTA, estão realizando ações de combate a AIDS em escolas públicas do ensino médio, palestras e rodas de conversa tem como objetivo passar o máximo de informações sobre a doença, as formas de prevenção e tratamento.



Haverá também uma caminhada de conscientização na Avenida Dr. João Silva Filho com concentração no semáforo da Caramuru. Parnaíba tem hoje 256 casos notificados de Aids sendo 171 homens e 85 mulheres, a prioridade do CTA é ampliar o diagnóstico do HIV para a população em geral garantindo o tratamento a todas as pessoas vivendo com o vírus.

### Pesquisa...

SISTEMAS E SERVIÇOS PÚBLICOS

TRANSPARÊNCIA E ACESSO À INFORMAÇÃO

LICITAÇÕES ONLINE

DIÁRIO OFICIAL

INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA (IPMP)

### CIDADÃO

LICENCIAMENTO AMBIENTAL PROGRAMAS SOCIAIS

TRANSPORTE

SAÚDE

ESCOLAS MUNICIPAIS

UTILIDADE PÚBLICA

RECURSO INFRAÇÃO

PLANO DIRETOR

### TURISTA

PONTOS TURÍSTICOS

O MUNICÍPIO

AGÊNCIAS DE ECOTURISMO



A campanha terá o apoio de 11 mil paróquias em todo o País. Milhares de voluntários motivando a testagem, dando acolhimento aos que tiverem teste positivo. É importante lembrar que o tratamento é gratuito no SUS e que as pessoas devem iniciar esse tratamento o mais rápido possível. Uma das metas estabelecidas pelo Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (UNAIDS) é ter 90% das pessoas testadas até 2020. A meta 90-90-90 também tem como objetivo ter 90% da população soropositiva tratada e 90% com carga viral indetectável neste período.



CAIXAS ELETRÔNICOS

GASTRONOMIA

HOTELARIA

SERVIDOR

FERIADOS MUNICIPAIS

IDENTIDADE VISUAL

ESTATUTO DO SERVIDOR

IPMP



## ANEXO C - UFPI REALIZA AÇÕES NO DIA 1 DE DEZEMBRO

[ACESSIBILIDADE](#)
[ALTO CONTRASTE](#)
[MAPA DO SITE](#)

[Ir para o conteúdo](#)
[Ir para o menu](#)
[Ir para a busca](#)
[Ir para o rodapé](#)

Buscar no portal Q

PRAEC

# Pró-Reitoria de Assuntos Estudantis e Comunitários

UFPI

Site Antigo

[PÁGINA INICIAL](#) > [ÚLTIMAS NOTÍCIAS](#) - [PRAEC](#) > [PREG](#)

[Página Inicial PRAEC](#)



[ORGANOGRAMA](#)

[CACOM](#)

[CND](#)

[SERVIÇOS](#)

[Bolsas e Benefícios Estudantis](#)

[Serviço Social - SES](#)

[Divisão de Gestão e Avaliação - DGA](#)

## Parnaíba : NAE realiza ações alusivas ao Dia Mundial de Combate a AIDS

Publicado: Quinta, 26 de Novembro de 2015, 07h45

O Núcleo de Assistência Estudantil , NAE, do Campus Ministro Reis Veloso (CMRV), em parceria com a Secretaria de Saúde do Município de Parnaíba e com o curso de Psicologia, na pessoa do professor Michel Machado e seu Grupo de Estudos sobre AIDS, vai promover no dia 1º de dezembro de 2015, um evento em alusão ao Dia Mundial de Combate a AIDS.

O evento terá início as 8:00h com panfletagem e confecção de cartazes na frente do auditório como forma de sensibilizar a comunidade universitária para a prevenção e combate a AIDS.

Ao mesmo tempo, a equipe de profissionais da Secretaria de Saúde de Parnaíba vai realizar nas dependências do NAE testes rápidos para detecção do vírus HIV e da Sífilis. A tarde, todos são convidados a participar do evento promovido pelo Grupo Guarã, "30 anos da AIDS no Nordeste", no auditório do CMRV, onde o NAE entra como parceiro.

Curtir 0
 Compartilhar
 Tweetar

---

registrado em: [PRAEC](#) , [Últimas Notícias - PRAEC](#)



**ANEXO E – FOTO SATÉLITE DE PARNAÍBA**

