



Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)

ISSN: 1984-6487

Centro Latino-Americano em Sexualidade e Direitos Humanos (CLAM/IMS/UERJ)

Cunha, Claudia Carneiro da
Configurações e reconfigurações do movimento de jovens vivendo com HIV/AIDS no Brasil: Identidades e prevenções em jogo
Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro), núm. 29, 2018, Maio-Agosto, pp. 294-312
Centro Latino-Americano em Sexualidade e Direitos Humanos (CLAM/IMS/UERJ)

DOI: 10.1590/1984-6487.sess.2018.29.14.a

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=293362739014>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais informações do artigo
- Site da revista em redalyc.org

redalyc.org
UAEM

Sistema de Informação Científica Redalyc

Rede de Revistas Científicas da América Latina e do Caribe, Espanha e Portugal
Sem fins lucrativos acadêmica projeto, desenvolvido no âmbito da iniciativa
acesso aberto

Sexualidad, Salud y Sociedad

REVISTA LATINOAMERICANA

ISSN 1984-6487 / n. 29 - ago. / ago. / aug. 2018 - pp.294-312 / Cunha, C. / www.sexualidadesaludysociedad.org

Configurações e reconfigurações do movimento de jovens vivendo com HIV/AIDS no Brasil: Identidades e prevenções em jogo

Claudia Carneiro da Cunha¹

> cunha.claudia@gmail.com

¹ Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro, Brasil

Copyright © 2018 Sexualidad, Salud y Sociedad – Revista Latinoamericana. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Resumo: Construída como modelar durante as últimas décadas, a “política de AIDS” tem sido, entretanto, posta à prova tendo por base diferentes processos: o aumento de novas infecções entre “jovens” e “populações-chave”; a priorização por parte do governo de abordagens biomédicas; e o arrefecimento do ativismo. Partindo desse panorama, este trabalho discute parte dos resultados de uma pesquisa antropológica que analisou sete Encontros Nacionais de Adolescentes e Jovens Vivendo com HIV/AIDS. Observa-se a passagem da construção de uma “juventude” específica, os jovens vivendo com HIV/AIDS, para a configuração de outra “juventude” bastante genérica, que não distingue potenciais infectados daqueles já atingidos pelo vírus. A retomada da centralidade da noção de “risco” na compreensão da epidemia é percebida por alguns interlocutores do campo como uma possível retomada da velha e ultrapassada noção de “grupo de risco”.

Palavras-chave: AIDS; prevenção; juventude; políticas de identidade

Configurations and re-configurations of the young people living with hiv/aids movement in Brazil: Identities and preventions at stake

Abstract: Having been constructed as a model over recent decades, the “AIDS policy” has, however, been tested by different processes: the increase of new infections among “young people” and “key populations”; the government’s prioritization of biomedical approaches; and the cooling of the activism. Based on this perspective, this work discusses part of the results of an anthropological study that analyzed seven National Meetings of Adolescents and Young People Living with HIV/AIDS. It can be seen that the construction of a specific “youth”, young people living with HIV/AIDS, has moved to the construction of a rather generic “youth” which does not distinguish potentially infected individuals from those already affected by the virus. A return to the centrality of the “risk” notion in understanding the epidemic is seen by some interlocutors in the field as a possible return to the outdated notion of “risk group”.

Keywords: AIDS; prevention; youth; identity politics

Configuraciones y reconfiguraciones del movimiento de jóvenes viviendo con VIH / SIDA en Brasil: Identidades y prevenciones en juego

Resumen: Construida como modelo durante las últimas décadas, la “política de SIDA” ha sido, no obstante, puesta a prueba a partir de diferentes procesos: el aumento de nuevas infecciones en “jóvenes” y “poblaciones clave”; la priorización por parte del gobierno de enfoques biomédicos; y el enfriamiento del activismo. A partir de dicho panorama, este trabajo discute parte de los resultados de una investigación antropológica que analizó siete Encuentros Nacionales de Adolescentes y Jóvenes Viviendo con VIH/SIDA. Se observa el paso de la construcción de una “juventud” específica, los jóvenes viviendo con VIH/SIDA, a la configuración de otra “juventud” bastante genérica, que no distingue entre potenciales infectados y aquellos a los que el virus ya alcanzó. Algunos interlocutores del campo perciben la retomada de la centralidad de la noción de “riesgo” en la comprensión de la epidemia como una posible retomada de la vieja y superada noción de “grupo de riesgo”.

Palabras clave: SIDA; prevención; juventud; políticas de identidad

Configurações e reconfigurações do movimento de jovens vivendo com HIV/AIDS no Brasil: Identidades e prevenções em jogo

I. Introdução

O artigo discute com base no referencial socioantropológico alguns aspectos do desenvolvimento e da articulação do Movimento de Jovens Vivendo com HIV/AIDS (JVHA) no Brasil, com ênfase na construção identitária desse sujeito coletivo e nos contornos a ele conferidos pela política (de prevenção) governamental nos últimos anos. A análise baseia-se em parte de uma pesquisa etnográfica¹ que analisou sete Encontros Nacionais de Adolescentes e Jovens Vivendo com HIV/AIDS, realizados no período de 2006 a 2015.²

Neste trabalho, observa-se a passagem da construção de uma “juventude” específica, os “jovens vivendo com HIV/AIDS”, para a configuração de outra “juventude” bastante genérica, que não distingue potenciais infectados daqueles já atingidos pelo vírus. Tal mudança estaria relacionada com a atual centralidade da abordagem biomédica e a retomada da noção de “risco” na compreensão da epidemia, gerando um deslocamento das fronteiras identitárias (Barth, 2000) que originalmente demarcaram o movimento de JVHA. Observa-se, ainda, a instauração de novos modos biopolíticos de regulação dos corpos dos JVHA, (re)colocando os desafios para o “fazer política” dentro do movimento, especialmente em âmbito nacional.

Conforme tratei em outros trabalhos (Cunha, 2011, 2012, 2013, 2014), a

¹ Trata-se, na verdade, de uma sequência de pesquisas: 1. Doutorado (financiamento da Capes): *Jovens Vivendo com HIV/AIDS: Con)formação de Sujeitos em meio a um embaraço* (2006 a 2011); 2. Pós-doutorado (apoio do CNPq): “*Jovens vivendo com HIV/AIDS: a construção do Sujeito Coletivo na articulação de redes ativistas, na emergência de políticas públicas e produção de direito/públicos especiais*” (2012 a 2014); 3. Pesquisador Visitante (bolsa do CNPq): “(Des)politização do movimento de jovens vivendo com HIV/AIDS: análises a partir de concepções e formatos de política(s) no contexto atual da epidemia” (2015 e 2016).

² Utilizamos a fonte itálica para expressões e noções retiradas das observações de campo, o que inclui termos que usualmente eram utilizados pelos integrantes do universo de pesquisa, assim como de alguns materiais escritos relativos aos eventos etnografados. As aspas servem para ponderar certos sentidos de palavras ou expressões e para indicar termos e expressões de autores citados no corpo do texto. No texto privilegiamos a expressão *o jovem*, no masculino, apesar de este referir-se a rapazes e moças, a fim de preservar o uso êmico.

emergência da categoria social “jovens vivendo com HIV/AIDS”³ percorreu os caminhos simbólicos abertos pela “heterossexualização” e “feminização” da epidemia (Cruz, 2005) no Brasil, marcando o momento em que “jovens” soro-positivos passam a ser tematizados de modo exclusivo e diferenciado no “mundo social” da AIDS (Valle, 2002), isto é, quando passam a figurar como novos “personagens da AIDS”.⁴

Embora seja possível afirmar que “jovens” infectados pelo HIV estão presentes desde o início da epidemia, até a década de 1990 eles eram identificados em boletins epidemiológicos sob outras classificações – “homossexuais” ou “usuários de drogas”, por exemplo (Cruz, 2005). Além disso, até a disseminação da “Terapia Antirretroviral de Alta-potência” (vulgo “coquetel”), que viria alterar radicalmente a perspectiva de vida das pessoas vivendo com HIV/AIDS (Bastos & Szwarcwald, 2000), “crianças vivendo com HIV/AIDS”, concebidas, sobretudo, como infectadas por transmissão vertical (da mãe para o bebê), tinham os destinos marcados pela fatalidade e a perspectiva de morte prematura (Moreira & Cunha, 2003). Com a adoção do novo padrão de tratamento, as “crianças” infectadas por transmissão vertical “vingaram” (Cruz, 2005), tornando-se “jovens”.

A partir desse processo, intensificou-se a pressão junto a diferentes instâncias governamentais⁵ no sentido da formulação de políticas públicas que dessem conta tanto do destino do significativo contingente de moças e rapazes que, atingindo a “maioridade”, tinham que deixar as casas de apoio que deles se ocupavam desde o início da epidemia quanto de certos aspectos vistos como inerentes ao seu próprio crescimento, tal como o exercício de uma sexualidade que pudesse trazer renovados “perigos” para a disseminação do HIV (Cruz, 2005).

³ Não pretendo aqui discutir o tema da “juventude” em suas múltiplas expressões contemporâneas e na forma pela qual tem sido tratada por autores do campo socioantropológico. Reconheço, no entanto, que este tema pode ser abordado por diversos recortes metodológicos, teóricos e analíticos (Castro, 2005; Schuch, 2005; Heilborn et al., 2002), que permitem empreender a relativização desta categoria e de outras com ela afins (criança, infância, adolescência, adolescente, adulto etc.), desnaturalizando a forma pela qual essa determinada etapa da vida é vista pelo senso comum da nossa sociedade como um período intermediário e de transição entre o mundo “infantil” e o “adulto”.

⁴ Conforme descrevi em outro trabalho (Cunha, 2011), os “personagens da AIDS” referem-se às identidades derivadas de grupos construídos como “mais atingidos pela doença”, a partir dos (oscilantes) números epidemiológicos, que passam a ser investidos social e politicamente de modo diferenciado, em que alguns grupos são mais investidos do que outros com base em variáveis socialmente condicionadas (Galvão, 2000).

⁵ Importante dizer que “políticas de governo” é expressão usada aqui no sentido foucaultiano de governo de conduta (Foucault, 1999), cujos agentes se dispõem em diferentes níveis (governo brasileiro, ONGs, agências internacionais etc.).

Em 2003 e 2005, foram realizadas ações educativas e de mobilização institucionais voltadas ao tema dos jovens vivendo com HIV/AIDS, em nível nacional, por agências da ONU junto com o governo, que se somaram, ainda que com objetivos e interesses políticos distintos, às iniciativas locais realizadas desde o início dos anos 2000 por ONGs-AIDS,⁶ especialmente as paulistas (encontros, formações, seminários etc.).⁷

Os Encontros Nacionais de Adolescentes e Jovens Vivendo com HIV/AIDS (ENAJVHA) emergiram na esteira de uma série de iniciativas desenvolvidas, desde 2001, pela pioneira ONG-AIDS, Grupo de Incentivo à Vida (GIV) de São Paulo, em *parceria* com o Grupo de Trabalho de Crianças e Adolescentes do Estado de São Paulo.⁸

II. Um breve histórico dos Encontros Nacionais de Adolescentes e Jovens Vivendo com HIV/AIDS (2006-2015)

O I Encontro Nacional de Jovens que vivem com HIV/AIDS (I ENJVHA), em 2006, foi denominado informalmente de “Vivendinho”, por ter sido atrelado ao XIII Encontro Nacional de Pessoas Vivendo com HIV/AIDS (o XIII Vivendo). Tratou-se de uma ação conjunta do GIV com o Grupo Pela Vidda-Niterói e Rio,⁹ voltada especificamente para os jovens nestas condições. Seu objetivo era “con-

⁶ O termo “ONG-AIDS” foi cunhado por GALVÃO (2000) para se referir às organizações que no final da década de 1980, e início da de 1990 realizavam ações exclusiva ou prioritariamente voltadas ao HIV/AIDS.

⁷ Estas iniciativas estão descritas nas publicações *Crianças, adolescentes e AIDS - Abra esse diálogo* (Cruz, E. F. & Abadia-Barrero, C. 2005) e *Crianças, jovens e aids: percursos, diálogos e sonhos*” (Cruz, E. F.; Nascimento, A. A. & Ferrara, A. P., 2008).

⁸ O GIV foi pioneiro no trabalho com *crianças, adolescentes e jovens vivendo com HIV/AIDS* no início da década de 1990. Nesse período, começou um projeto que atendia crianças, adolescentes e familiares que viviam ou conviviam com HIV/Aids, em sua grande maioria infectados ou afetados pela transmissão vertical [da mãe para o bebê]. Com o passar dos anos, houve uma mudança no perfil dos atendidos, com a procura por jovens, recém-infectados, na sua maioria homossexuais. O Grupo de Trabalho de Crianças e Adolescentes do Estado de São Paulo foi constituído, em 2001, por um grupo de ONGs participantes do Fórum de ONG AIDS de São Paulo (SP) que atuam junto a *crianças e adolescentes que vivem e convivem com HIV/AIDS* (Cruz, E. F.; Nascimento, A. A. & Ferrara, A. P., 2008).

⁹ O primeiro Grupo Pela Vidda (Valorização, Integração e Dignidade do Doente de Aids) foi criado em 1989, formado basicamente – ainda que não exclusivamente – por pessoas soropositivas. Os Grupos Pela Vidda-Niterói e Rio realizam, desde 1990, o Encontro Nacional de Pessoas Vivendo com HIV/AIDS, um evento anual que reúne pessoas de todo o Brasil envolvidas na luta contra a AIDS (Galvão, 2000).

tribuir para o *fortalecimento e a participação social* de crianças e adolescentes vivendo com HIV/AIDS no Brasil".¹⁰

Nesse início, os então predominantemente intitulados *adolescentes vivendo com HIV/AIDS* eram vistos pelos *ativistas/adultos* como *novas lideranças* e parte fortalecedora de um *Movimento de AIDS* (Pelucio, 2007) único, tido como enfraquecido por disputas internas e pela perda dos referenciais coletivos que teriam marcado o seu princípio no final da década de 1980.¹¹

No ano de 2007 foi realizado o II Encontro Nacional de Jovens Vivendo com HIV/AIDS (II ENJVHA), em Salvador/Bahia. Esse evento, de perfil mais técnico em comparação ao I ENJVHA, de caráter mais integrativo, visava tratar aspectos considerados nevrálgicos na lida com os *jovens*, seja por parte de familiares, seja da perspectiva dos profissionais, a saber: "adesão ao tratamento", "revelação do diagnóstico" (dos pais para o/a filho/a) e "sexualidade" (Bueno, 2011:37).¹²

Tais temas permaneceram em pauta no III ENJVHA (2008). O evento, organizado pelo Grupo VIVHER de Belo Horizonte/MG,¹³ teve como tema o "Protagonismo Jovem e Ativismo", marcando um diferencial em relação aos eventos anteriores com o lançamento da Rede Nacional de Jovens Vivendo com HIV/AIDS (RNJVHA), enaltecida como *a primeira do mundo*.

Nesse momento, apostava-se que os JVHA fossem criativos e *autônomos* a ponto de renovar o ativismo do *Movimento de AIDS*, superando seus percalços e dificuldades. Essa relação geracional advinha do fato de a maioria dos *jovens* da RNJVHA participar de projetos das ONGs-AIDS, mantendo com essas instituições e seus "antigos ativistas" uma estreita relação de convívio, afeto e formação cotidiana.

Em 2009, foi realizado, em Curitiba/Paraná, o IV Encontro Nacional de Adolescentes e Jovens Vivendo com HIV/AIDS (IV ENAJVHA) com o lema "Quali-

¹⁰ O I ENJVHA contou com *apoio* do Fundo das Nações Unidas para Infância e Adolescência (Unicef) e do então Programa Nacional de DST e AIDS do Ministério da Saúde – PN-DST/AIDS/MS (atual Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais – DDAHV).

¹¹ Os valores de respeito à diversidade e à diferença, bem como a *solidariedade* no combate à epidemia de AIDS foram defesas constantes de Herbert de Souza e Herbert Daniel, entre outros ativistas precursores das respostas sociais e políticas à doença (Galvão, 2000).

¹² O II ENJVHA foi organizado pelo Grupo de Apoio à Prevenção da Bahia/Salvador (Gapa/Bahia) com o *apoio/patrocínio* do Programa Nacional de DST e AIDS do Ministério da Saúde (PN-DST/AIDS-MN), do Unicef, do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (Unaid) e da Coordenação Estadual de DST/AIDS da Bahia.

¹³ O III ENJVHA contou com a *parceria* do Unicef, PN-DST/AIDS/MS, Coordenação de DST/Aids de Minas Gerais, Ministério da Educação e Cultura e Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA). O Grupo VIVER surgiu em 1992 com o objetivo de criar um espaço de convivência e troca de experiências entre pessoas vivendo com HIV/AIDS.

dade de Vida: a responsabilidade é nossa".¹⁴ O grande motor do Encontro, que estrategicamente incorporou no seu nome a categoria *Adolescente*,¹⁵ girava em torno da busca por uma maior “profissionalização” da RNAJVHA. Essa mudança pressupunha uma (re)organização interna (modo de funcionamento, comunicação, definição dos papéis das *representações*, entre outros) e um maior preparo político-social dos *jovens* quanto às formas de se expressarem política e publicamente.

A exigência de certa burocratização do Movimento de JVHA gerou sérias críticas à metodologia corrente nos ENAJVHA, pautada na emoção como chave de coesão e de mobilização para a *luta*.¹⁶ A crítica acirrou-se em relação aos momentos chamados de *integração*,¹⁷ percebidos como fomentadores de *bagunça*, *desorganização* e *descomprometimento* dos JVHA, em especial pela possibilidade de encontros afetivos e/ou sexuais, “desviando o foco” da *política*.¹⁸

O IV ENAJVHA, entretanto, foi o grande impulsionador da regionalização da Rede Nacional de Adolescentes e Jovens Vivendo com HIV/AIDS (RNAJVHA). Como consequência, várias redes estaduais e regionais foram criadas em diversas localidades do país, em sua maioria vinculadas à realização de eventos.¹⁹

O período que compreendeu o fim do IV ENAJVHA (2009) e o início do V ENAJVHA (2011) trouxe acontecimentos importantes, como a definição da *missão*

¹⁴ Essa ação foi possibilitada pela parceria das organizações: Unicef, Fundo de Desenvolvimento das Nações Unidas para a Mulher (Unifem), UNFPA, Secretaria Nacional da Juventude, Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais (DDAHV) e Centro Popular de Formação Padre Josímo Tavares.

¹⁵ Ainda que no IV ENAJVHA o pleito dos JVHA girasse em torno de suas *especificidades (juvenis)*, eles não negavam a possibilidade de capitalizar atenções, recursos e reconhecimentos para a RNAJVHA a partir de um campo bem mais consolidado, o das *crianças e adolescentes*, com base no Estatuto da Criança e do Adolescente, de 1990.

¹⁶ Para uma compreensão ampliada acerca dos diversos usos contextuais da palavra “luta” no bojo do movimento social, ver Comerford (1999).

¹⁷ Esses eram momentos iniciais nos encontros, que antecediam, muitas vezes, palestras e atividades mais diretivas e informativas. Nesses espaços buscava-se criar coesão do grupo através da identificação individual e coletiva entre os pares. A emoção era a chave constitutiva desses momentos, comumente marcados por depoimentos dramáticos de vida, choros e abraços entre os *jovens*.

¹⁸ O exercício da sexualidade entre os *jovens* remetia a todas as preocupações presentes desde o II ENJVHA: Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), reinfecções pelo HIV (aquisição de nova infecção, com vírus de subtipos semelhantes ou distintos da infecção anterior) e gravidezes indesejadas.

¹⁹ A partir dessa diretriz, foi definido que os *Encontros Nacionais* passariam a acontecer em anos ímpares, e que os regionais, em anos pares. Os encontros estaduais não teriam regionalização. Definiu-se também que os *Encontros Nacionais* teriam um caráter eminentemente político, que os regionais deliberariam pautas para a discussão no *Nacional*, compreendendo as *especificidades regionais*, e que os *Encontros Estaduais* teriam um caráter de *troca de experiências e acolhimento*, além de pautarem os debates dos *Encontros Regionais*.

da Rede, assim registrada na Carta de Princípios da RNAJVHA: agrupar, acolher e apoiar adolescentes e jovens vivendo com HIV e AIDS, bem como elaborar e incitar respostas, ações e políticas públicas contra os estigmas e impactos do HIV e AIDS.

Nesse período também ocorreu a conquista de lugares (*cadeiras*) para a *representação dos jovens* em diversos espaços políticos e decisórios: Comissão de Articulação com os Movimentos Sociais (CAMS), Comissão Nacional de DST, Aids e Hepatites Virais (CNAIDS),²⁰ Grupo Temático Ampliado das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (GT Unaids)²¹ e Conselho Nacional de Juventude (Conjuve).²²

A disputa em torno do modelo de representação, centralizado ou descentralizado, da RNAJVHA marcou o V ENAJVHA (2011), ocorrido em Manaus/Amazonas.²³ Tal disputa estruturou as discussões e os debates dos eventos seguintes, o VI ENAJVHA e o VII ENAJVHA, realizados em Recife/Pernambuco (2013) e Brasília/Distrito Federal (2015), respectivamente, conforme abordarei a seguir.²⁴

III. Identidades e prevenções em jogo nos Encontros Nacionais de Adolescentes e Jovens Vivendo com HIV/AIDS

A plenária final do III ENAJVHA, de 2008, foi marcada pela “expulsão” dos *jovens soronegativos (convivendo)* e dos *adultos do e-group do yahoo*, então ins-

²⁰ De acordo com o site do DDAHV (<http://www.aids.gov.br>), a CAMS é um espaço de articulação, consulta e participação dos principais atores da sociedade civil que atuam em parceria com o DDAHV. E a CNAIDS assessoria o Ministério da Saúde na definição de mecanismos específicos para o controle do HIV/AIDS e coordena a produção de documentos científicos e técnicos.

²¹ Segundo as informações disponíveis no site da Unaids (<http://unaids.org.br>), desde 1997, a ONU se une no GT/Unaids a parceiros de diversos setores (representantes do governo, parceiros de cooperação internacional e sociedade civil) para a promoção de ações que visam ao fortalecimento de uma resposta nacional multisectorial à epidemia de HIV/AIDS.

²² O site da Secretaria Nacional de Juventude (<http://juventude.gov.br>) descreve o Conjuve como um conselho composto pela sociedade civil e pelo governo, com o objetivo de formular e propor diretrizes voltadas para as políticas públicas de juventude.

²³ A instituição organizadora do V ENAJVHA foi o Centro de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente (Cedeca Pé na Taba), com o *financiamento* do DDAHV e *apoio* do Unicef, Secretaria Estadual de Saúde do Amazonas – Gerência de DST/AIDS, Secretaria Municipal de Saúde de Manaus – Gerência de DST/AIDS, Secretaria Estadual de Assistência Social e Cidadania, Prefeitura de Manaus e Governo do Estado do Amazonas.

²⁴ O VI ENAJVHA foi *financiado* pelo DDAHV, *com apoio do Departamento de Apoio à Gestão Participativa, também do Ministério da Saúde*. E o VII ENAJVHA foi apoiado pelo DDAHV, pelo UNFPA e por outros organismos do Sistema ONU no Brasil – a Organização da ONU para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco), o Fundo da ONU para a Infância (Unicef) e o Programa Conjunto da ONU sobre HIV/Aids (Unaids) – além de gestores municipais e lideranças da sociedade civil.

trumento virtual de comunicação e *espaço político/decisório* da RNJVHA. Assim, o critério geracional e a definição sorológico (soropositividade para o HIV) passaram a constituir dois fatores-chave, em constante disputa e negociação, de definição do sujeito político e coletivo Jovens Vivendo com HIV/AIDS e dos contornos do pertencimento à *Rede Nacional*.

No III ENJVHA, havia um chamado constante para *mostrar a cara* e desvelar a soropositividade, tanto em fóruns políticos como no cotidiano. O “se mostrar” e sua condição de jovem vivendo com HIV/AIDS eram os pressupostos para “existir”, “positivamente”, compondo um rol de expectativas sociais e retóricas de um quadro de representações que chamei em outro trabalho de “AIDS feliz e um nível educado de dor” (Cunha, 2011), que incluía: *a afirmação da vida, a busca pela alegria de viver, a intensidade de experiências da fase juvenil a despeito do HIV/AIDS, a satisfação afetiva e sexual* dentro de uma valorização dos Direitos Humanos, incluindo os direitos sexuais e reprodutivos.

No período que compreendeu do final do III ENJVHA, de 2008, até o VII ENAJVHA, de 2015, observou-se uma forte vitrínização dos *jovens vivendo com HIV/AIDS*, que deveriam reproduzir discursos pautados em léxicos e tons compartilhados pelo/no *governo*, ocultando, por exemplo, relatos demasiadamente pessoalizados sobre as agruras de viver com a AIDS, destacando a adesão e os benefícios do tratamento antirretroviral na conformação de uma “vida normal”.

Outra inflexão se deu no campo da política pública, ou melhor, no modo de se pleitearem reconhecimentos e direitos nessa esfera. Enquanto no III Encontro Nacional a defesa centrava-se no aprimoramento das políticas de saúde de cunho universal, contemplando as necessidades dos *jovens vivendo com HIV/AIDS* nos marcos do Sistema Único de Saúde (SUS), nos Encontros Nacionais seguintes propunham-se *políticas públicas* focais voltadas aos *jovens vivendo com HIV/AIDS* nas áreas da *educação-saúde* e *juventudes*. Essa “carona” nas *políticas das juventudes* e de *educação-saúde* seguia o fluxo, no então Governo Lula, da criação da Secretaria Nacional da Juventude, em 2005, e do Programa de Saúde nas Escolas (PSE), em 2008.²⁵

A meta de articulação com os campos das *juventudes* e da *educação-saúde*, entre outros aspectos, forçou, entretanto, uma maior abertura da Rede Nacional às *agências da ONU*. Essa abertura foi cercada de fortes temores por parte dos *jovens*

²⁵ Trata-se de uma ação interministerial: entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação em *parceria* com a Unesco, o Unicef e o UNFPA. O PSE foi instituído pelo Decreto Presidencial nº 6.286 de 05 de dezembro de 2007, e lançado em setembro de 2008. Nele, dá-se ênfase à contextualização e à territorialização do espaço da escola e à valorização da atenção primária em saúde. Para mais informações sobre o PSE, ver Gomes (2012).

vivendo com HIV/AIDS em relação à *tutela* e aos riscos de terem sua agenda política subsumida à agenda do governo e das agências da ONU, parceiras do DDAHV.

O que era um temor passou a constituir, entre o V ENAJVHA e o VI ENAJVHA, o cerne de conflitos e disputas no interior da RNAJVHA, que cindiu. De um lado, os *jovens* ligados aos primórdios da *Rede Nacional*, nascida do desejo de construção de um *novo ativismo*, de outro, os jovens vistos como “alinhados” com o *governo* (e/ou percebidos como *cooptados*).

Essa mudança se expressou na programação e no desenvolvimento do VI ENAJVHA (2013). Os especialistas do DDAHV e de agências da ONU eram os principais palestrantes, com discursos bem alinhados uns com os outros, alarmando acerca do *número extremamente preocupante de novos jovens gays infectados pelo HIV*. Parte significativa da plateia do evento incorporava esse “perfil epidemiológico”, pois era constituída por *jovens* homossexuais masculinos, recém-diagnosticados, sem qualquer vinculação com projetos ou ações de ONGs-AIDS.²⁶

O formato do evento se distinguiu radicalmente daquele que marcou o III ENJVHA, de 2008, pela supressão completa dos momentos de *integração* e *oficinas*, que tradicionalmente eram espaços coordenados por *jovens*, nos quais havia trocas de experiências e cultivo da emoção, como, por exemplo, por meio de depoimentos de vida, com ênfase na dor e no sofrimento em face do preconceito e da discriminação tributáveis ao estigma da doença, além de outros aspectos emocionais da experiência de viver com HIV/AIDS.

Em 2013, a visibilidade dos *jovens vivendo com HIV/AIDS* (mostrar os *jovens* e se mostrar como *jovem vivendo [com HIV/AIDS]*)²⁷), vista até então como uma estratégia necessária para o pleito por *respeito, direitos, políticas de assistência e reconhecimento*, deu lugar ao anonimato. Os *jovens* não mais queriam e tampouco eram cobrados a se identificarem como vivendo com HIV/AIDS.

O período seguinte ao VI Encontro Nacional foi de profunda desarticulação do Movimento de JVHA em nível nacional. Tal arrefecimento justificou o tema do VII ENAJVHA, realizado em 2015, com o *slogan* “tempo de recomeçar”.

²⁶ O paulatino processo de desvinculação dos JVHA da RNAJVHA de instituições de referência, como as ONG-AIDS, ganhou um novo impulso com a “virtualização da RNAJVHA” a partir de 2010. Primeiramente, e com repercussões bem diferenciadas, com a criação de um *blog* e, posteriormente, de um site e de um *grupo fechado* no Facebook.

²⁷ A expressão *jovem vivendo*, por meio da supressão do “com HIV/AIDS”, ilustra alguns “embaraços” de um campo que defende a sexualidade como direito e saúde; aposta na “nova AIDS”, saudável e erotizada; esconde o adoecimento e a morte; omite a reprodução e “previne a sexualidade”; expressa-se em um contexto de escassez e precariedade material e simbólica, revestidas, paradoxalmente, como *responsabilidades* e expressões de vida individuais (Cunha, 2011).

Se no III ENJVHA, de 2008, a frase de ordem era “*vamos dar trabalho ao governo*”, o que significava o posicionamento da RNAJVHA como parte do *Movimento de AIDS*, mantendo uma “tensão produtiva” com o governo, em 2017, essa tensão cessou.²⁸ Todo o VII Encontro Nacional parecia ter sido gestado dentro do próprio DDAHV, centralizado em um único *jovem líder* que coordenou diversas instâncias para promover a participação dos “selecionados”.²⁹ E as figuras emblemáticas da ação política governamental eram as *jovens transexuais*, ainda que houvesse um significativo esforço para contemplar diversos “tipos” de *jovens*: negros/as, moças e rapazes heterossexuais e os *gays*.

O jovem vivendo com HIV/AIDS não era mais exaltado como “protagonista” de sua própria vida, da RNAJVHA e dos eventos. Uma noção difusa de juventude, nos termos das agências da ONU, como *segmento produtivo que deve ser preservado e trabalhado*, convivia com a forte valorização de segmentos *jovens* “sob risco acrescido” em relação ao HIV/AIDS: as “populações-chave” (travestis, transexuais, gays, homens que fazem sexo com homens, pessoas que usam álcool e outras drogas; pessoas privadas de liberdade e trabalhadoras(es) sexuais).³⁰

O clima do VII ENAJVHA deixava entrever que todas as atividades propostas compunham a metodologia de uma “grande pesquisa”, que seguia os direcionamentos das agências da ONU no sentido de “compreender o que pensam os jovens vivendo”. Recuperava-se a ideia “pesquisar para melhor intervir”, que marcou as iniciativas sustentadas pelos empréstimos do Banco Mundial ao *governo*, em especial o “AIDS II” (Moutinho, 2005).

Com a presença pregnante das ideias do Unaids e suas metas 90/90/90 (90% de todas as pessoas vivendo com HIV/AIDS sabendo que têm o vírus; 90% das pessoas diagnosticadas com HIV recebendo terapia antirretroviral; 90% das pessoas recebendo tratamento e possuindo carga viral indetectável e não mais poden-

²⁸ Os embates e as proximidades entre movimento social e governo não são novos no campo da AIDS. Na década de 1980 e no início da década de 1990, as ONGs tiveram inúmeros enfrentamentos com o governo. Em meados da década de 1990, a marcada polarização da década de 1980 entre ONGs com atividades em HIV/AIDS e o governo foi sendo substituída por formas diferenciadas de “cooperação”. A maior presença do poder público em face das iniciativas da sociedade civil ocorreu, sobretudo, a partir de recursos do Banco Mundial destinados ao “Programa Brasileiro de Aids”. Foram três empréstimos do banco ao governo brasileiro: 1. “Aids I”, de 1994 a 1998; 2. “Aids II”, de 1999 a 2002; 3. “Aids III” de 2003 a 2006 (Galvão, 2000).

²⁹ Os jovens selecionados, em sua maioria, estiveram meses antes como participantes do “Curso de Formação de Novas Lideranças das Populações-chave Visando ao Controle Social do Sistema Único de Saúde no âmbito do HIV/AIDS”.

³⁰ De acordo com a definição do Ministério da Saúde brasileiro, a epidemia de HIV/AIDS no Brasil estaria concentrada em alguns segmentos populacionais tidos como “mais vulneráveis ao HIV/AIDS”, uma vez que apresentariam “prevalência superior à média nacional” (Brasil, 2018).

do transmitir o vírus), além dos princípios que, nessa mesma direção, vêm ditando desde o final de 2013 as ações do DDAHV (testagem e tratamento precoce e uso do tratamento antirretroviral como prevenção), os corpos juvenis e infectados pareciam não mais precisar exibir exemplaridade na prevenção, com discursos em torno do uso do preservativo. A exemplaridade parecia ser mais a do *jovem protagonista* que adere ao tratamento, logo, à prevenção (que nesse momento ganha tons de “controle da epidemia”), e também no sentido de conduzir *novos jovens* aos postos de testagem e tratamento.

A consideração da soropositividade como uma marca distintiva, um vetor de comunicação,³¹ parecia se esvair no quadro das “populações-chave” e nas metas 90/90/90. A primazia das pesquisas epidemiológicas, que justificavam, nas palavras de uma representante do DDAHV, as “*tecnologias duras*” da política *testar e tratar*, apoiadas no cálculo de “risco” à infecção pelo HIV/AIDS, boravam a fronteira que distingue potenciais infectados daqueles já atingidos pelo vírus, sobretudo pela existência da Profilaxia Pré e Pós-Exposição (a PEP e a PreP).³²

A retomada da centralidade da noção de “risco” na compreensão da epidemia era percebida por alguns interlocutores do campo como uma possível recuperação da velha e ultrapassada noção de “grupo de risco”, ofuscando a complexidade e a riqueza que a noção de vulnerabilidade trouxe para a compreensão da epidemia.³³

Por sua vez, a exposição das metas 90/90/90 de forma impositiva e o tom investigativo, pouco colaborativo, parecem ter modificado radicalmente os rumos de uma política que era fundamentalmente identitária, no sentido da defesa e do pleito por direitos (especiais) para sujeitos específicos, os jovens vivendo com HIV/AIDS, trazendo novos efeitos biopolíticos (Foucault, 1999).

³¹ Os “vetores de comunicação” podem ser descritos como classificações, atributos e características, valores, formas de apresentação e linguagens, que possibilitam dizer que “existem”, em relação à construção do grupo, aqueles que estão “fora” e os que estão “dentro” (Weber, 1994).

³² A Profilaxia Pré-Exposição ao HIV (PrEP) consiste no uso de antirretrovirais (ARV) por uma pessoa soronegativa para reduzir o risco de se infectar pelo HIV. A Profilaxia Pós-Exposição (PEP) é uma medida de prevenção que visa prevenir a infecção pelo HIV, com a ingestão de antirretrovirais, após uma provável exposição ao vírus (Pereira et al., 2018).

³³ O conceito de vulnerabilidade surge como crítica ao modelo de enfrentamento à epidemia de AIDS, predominante na década de 1980, pautado exclusivamente na noção epidemiológica de “risco”, diante da constatação dos inúmeros desafios à contenção da doença, cuja expressão varia de região para região do mundo, estando diretamente relacionada aos contextos sociais, notadamente aqueles marcados pela pobreza e desigualdade social (Ayres, 1999).

IV. Novos efeitos biopolíticos no campo da juventude vivendo com HIV/AIDS

Iniciei um primeiro movimento investigativo em torno da temática da *infância e adolescência vivendo com HIV/AIDS* no ano de 1999, a partir de uma pesquisa de cunho qualitativo, no contexto da atenção hospitalar especializada de um serviço de saúde de referência para o tratamento do HIV/AIDS na cidade do Rio de Janeiro (Cunha et al., 2001).

Naquele momento eram poucas as produções que abordavam o tema, resultado da invisibilidade das *crianças e adolescentes vivendo com HIV/AIDS* no conjunto de políticas e ações públicas voltadas ao combate da epidemia. Os *órfãos da AIDS*, conforme eram chamados e conhecidos os que haviam herdado o vírus de mãe/pai, não recebiam a atenção das ações e dos projetos voltados ao enfrentamento da epidemia.³⁴

As poucas referências acadêmicas e assistenciais acerca do tema, que articulavam inquietações e dilemas vividos por profissionais de saúde e educadores nos serviços de saúde, ONGs-AIDS e casas de apoio, provinham do estado de São Paulo, de onde vieram as primeiras iniciativas governamentais de combate à doença (Silva, 1999).

A dramaticidade com que era vivida a AIDS na infância e na adolescência por parte de profissionais de saúde, educadores e familiares se contrapunha, paradoxalmente, à falta de reconhecimento desses grupos na sociedade mais ampla, apesar da constatação de inúmeras matérias jornalísticas de tom fatalista que evidenciavam o terror construído em torno de uma doença estigmatizada, ligada às ideias de desvio e promiscuidade, no começo da vida (Cruz, 2005).

Essas ideias de condenação e fatalidade que cercavam *crianças e adolescentes vivendo com HIV/AIDS* compunham um núcleo semântico recorrente nos discursos de profissionais de saúde e familiares no contexto da internação hospitalar (Cunha et al., 2001).

A certeza de que estas crianças e adolescentes marcados pela AIDS não “vingariam” foi se desfazendo paulatinamente nos anos seguintes. Uma mudança importante na “sobrevida” desses grupos foi tributária da introdução da Terapia Antirretroviral (vulgo coquetel) nos serviços públicos de saúde brasileiros (1996), como também dos inúmeros esforços assistenciais de profissionais de saúde, educadores e familiares que produziam cotidianamente formas de cuidar dessas *crianças e adolescentes* (Moreira & Cunha, 2003).

³⁴ Para um panorama dos projetos vigentes nesse momento histórico, ver Galvão (2000) e Bastos (2002).

Em 2001/2002, já no contexto de realização de outra pesquisa com mulheres vivendo com HIV/AIDS puérperas e mães (Cunha, 2004), esse quadro de 1999 havia se modificado radicalmente com a sedimentação da ideia de cronificação da doença. Foi decisiva nesse processo a possibilidade de se evitar a transmissão vertical.³⁵ A redução do número de crianças infectadas pelo HIV na gravidez, parto ou após nascimento fazia reluzir uma esperança no campo da chamada “AIDS pediátrica”, e na atenção à saúde materno-infantil brasileira de modo mais amplo.

Os órfãos da AIDS não morreram, e a categoria *jovem vivendo com HIV/AIDS* emergiu. Ainda que usada em muitos casos como sinônimo de *adolescente*, a categoria *jovem* passou a ser claramente investida de atributos e valores positivos por diversos atores governamentais e não governamentais, visando contrapor outros sentidos negativos vigentes no senso comum, tais como *vítimas, coitados e incapazes*.

Retomando a pesquisa de 1999, o grande tema que norteava as discussões de profissionais de saúde e especialistas era assegurar a adesão ao tratamento, a ser idealmente executado sem falhas, interrupções ou desistências (Cunha et al., 2001).

Obviamente que, na prática, as famílias de *crianças e adolescentes vivendo com HIV/AIDS falhavam na adesão*, fosse pela incompreensão dos esquemas terapêuticos, fosse pelos fortes efeitos colaterais, ou mesmo pelos aspectos ligados ao estigma da doença que levavam à sua ocultação no seio da família, nas escolas e, sobretudo, nos espaços públicos.

O exercício da sexualidade por parte dos então *adolescentes* ainda não configurava propriamente um “problema” a ser gerido por profissionais de saúde e familiares, não somente pela possibilidade de morte iminente, mas porque as preocupações com a manutenção da vida, a evitação e o manejo de doenças oportunistas ocupavam o cotidiano da atenção à saúde dessa clientela. Contudo, a possibilidade de entrada na “puberdade” remetia aos “riscos” do sexo, o que levava a uma série de problematizações em torno da “revelação do diagnóstico”, a fim de que os *jovens* pudessem gerenciar, em um futuro próximo, o tratamento e uma sexualidade “segura”.

Já em meados dos anos 2000, o ponto inegociável na abordagem do segmento de JVHA era, como se podia esperar, a prevenção. O preservativo precisava ser utilizado em todas as relações sexuais para não disseminar o vírus, por isso o conhecimento da condição sorológica por parte do *jovem* era visto como fundamental (Cunha, 2011).

O uso do preservativo era o carro-chefe das ações pedagógicas. Entender a importância desse uso e desenvolver determinadas “técnicas corporais” (Mauss,

³⁵ Trata-se do protocolo de prevenção da transmissão vertical (ACTG 076), que permitiu com a administração do medicamento AZT na gravidez, parto e para a criança (em xarope, após nascimento), uma redução significativa da transmissão vertical.

2003) para essa administração constituíam o foco dos projetos. Sobre o corpo soropositivo *jovem*, visto como “hipersexualizado” pela idade, recaía uma série de tecnologias pedagógicas de produção de sujeitos morais, com efeitos biopolíticos. Definiam-se os corpos juvenis e soropositivos como “perigosos”, passíveis de autocontrole e responsabilização individual, a fim de se evitar o espraiamento do vírus (Cunha, 2011).

Em 2013, o cenário da chamada “juvenilização” da epidemia já parecia outro. A responsabilização pela infecção recaía sobre os *jovens gays*, a ponto de um jovem no VI ENAJVHA bradar irritado: “parem de nos culpar pela infecção!”, logo após a apresentação de uma representante do DDAHV que não economizou no uso de gráficos e dados epidemiológicos para comprovar o aumento da infecção nesse segmento. Mas as máximas acerca da prevenção construídas em torno da informação e da mudança de comportamento individual, apesar de reconhecidamente batidas ou ineficientes, permaneciam. E os *jovens gays*, muitos recém-infectados, pareciam perdidos e até mesmo desesperados com os fortes efeitos colaterais dos antirretrovirais.

No VII ENAJVHA, de 2015, já se respiravam por todos os poros as possibilidades da Prevenção Combinada.³⁶ Nas paredes do evento havia diversos cartazes da campanha do Carnaval com o dizer “partiu teste”. A meta máxima de aumentar a testagem entre os jovens estava estabelecida, ainda que diversos “problemas” fossem levantados pelos JVHA em relação à testagem em unidades móveis, por exemplo, considerando o forte impacto do diagnóstico e as dificuldades de aconselhamento apropriado e, após o teste, o acesso aos serviços de saúde e a permanência neles para a consecução do tratamento.

Com essas considerações não pretendo desconhecer a importância dos avanços proporcionados pela Prevenção Combinada, os benefícios da testagem e do diagnóstico precoce, bem como do “tratamento como prevenção”,³⁷ mas sim chamar a atenção para o fato de que diversos pontos nevrálgicos permanecem nesse campo, tais como as dificuldades que cercam a adesão ao tratamento, o manejo de fortes efeitos colaterais das medicações e suas graves consequências no organismo em médio e longo prazos, a possibilidade do desenvolvimento de resistência viral,

³⁶ A prevenção combinada é o uso de diferentes ferramentas ou métodos para a prevenção do HIV/AIDS. Para mais informações, ver Pereira et al. (2018).

³⁷ A nova diretriz do DDAHV, implementada no final de 2013, preconiza que todas as pessoas diagnosticadas com o vírus, independentemente da manifestação da AIDS e de marcadores clínicos, iniciem o tratamento com a terapia antirretroviral. A lógica do “tratamento como prevenção” é reduzir a carga viral (quantidade de vírus circulante no sangue), para se evitarem novas infecções.

além dos inúmeros desafios do pós-teste no que se refere à entrada e à permanência nas unidades de saúde.

Concluindo, ainda que se reconheça uma “biomedicalização” no tratamento e na prevenção do HIV/AIDS nos últimos tempos (Parker, 2015), que não é exclusivamente negativa, sendo inclusive capaz de permitir uma diminuição da estigmatização com a constatação de que “uma pessoa em tratamento com carga viral indetectável não transmite o HIV” (indetectável=intransmissível), tal política necessariamente enseja novos corpos tratados e tratáveis, gerando novos efeitos biopolíticos e impactos nos contornos identitários de movimentos sociais, como observado no Movimento de Jovens Vivendo com HIV/AIDS.

Assim, o presente trabalho pretende mostrar como a mudança na política governamental, sobretudo de prevenção, voltada aos jovens vivendo com HIV/AIDS, no seu início predominantemente identitária, ao sofrer uma inflexão com o predomínio de tecnologias biomédicas e a centralidade do “risco”, cria novos modos de regulação dos corpos e “tecnologias de si” (Foucault, 2008), operando um esvaziamento dos “vetores de comunização” que davam contorno e significado ao movimento social de JVHA, tais como a condição sorológica e a emoção/integração. Essas mudanças, contudo, ensejam resistências e reinvenções no modo de “fazer política”, como se pode observar nas redes estaduais de JVHA. Espera-se que esse aprendizado “da base” possa contribuir para a reinvenção da “Rede Nacional”, como já têm apontado as observações das ações de mobilização social e política mais recentes do movimento de JVHA.

Enviado: 18/06/2018
Aceito para publicação: 11/07/2018

Referências bibliográficas

- AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita et al. 1999. "Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids". In: BARBOSA, Regina Maria & PARKER, Richard (eds.). *Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; São Paulo: Ed. 34. 272 p.
- BARTH, Fredrik. 2000. *O guru, o iniciador e outras variações antropológicas*. Rio de Janeiro: Contracapa. 243 p.
- BASTOS, Cristiana. 2002. *Ciência, poder, ação: as respostas à Sida*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais, Universidade de Lisboa. 258 p.
- BASTOS, Francisco Inácio & SZWARCWALD, Célia Landmann. 2000. "AIDS e Pau- perização: principais conceitos e evidências empíricas". *Cadernos de Saúde Pública*. Vol. 16. Suplemento 01, p. 65-76.
- BRASIL. 2018. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. *Agenda Estratégica para Ampliação do Acesso e Cuidado Integral das Populações-Chave em HIV, Hepatites Virais e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis/Ministério da Saúde*. Brasília: Ministério da Saú- de. 36 p.
- BUENO, Regina C. de O. 2011. *Avaliando o presente e projetando o futuro: Rede Na- cional de Adolescentes e Jovens Vivendo com HIV/Aids (RNAJVHA) – RJ: histó- rias de vida*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro, IMS/UERJ.
- CASTRO, João Paulo Macedo. 2005. *UNESCO: Educando os jovens cidadãos e captu- rando redes de interesses: Uma pedagogia da democracia no Brasil*. Tese de Douto- rado, Rio de Janeiro, UFRJ/PPGAS/MN.
- COMERFORD, John. 1999. *Fazendo a Luta: Sociabilidade, Falas e Rituais na Constru- ção de Organizações Camponesas*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará. 154 p.
- CRUZ, Elisabete Franco. 2005. *Espelhos d'AIDS: infâncias e Adolescências nas tessitu- ras da AIDS*. Tese de Doutorado, São Paulo, Unicamp.
- CRUZ, Elisabete Franco. 2015. "Crianças, jovens e suas famílias nas esquadrias da epi- demia do HIV/AIDS". *Desidades*, Rio de Janeiro. Vol. 7, p. 21-32, jun.
- CRUZ, Elisabete Franco & ABADIA-BARRERO, César (eds.). 2005. *Crianças, adoles- centes e AIDS – Abra esse diálogo*. 1^a ed. São Paulo: Fórum das ONG's AIDS do Estado de São Paulo.
- CRUZ, E. F.; NASCIMENTO, A. A. & FERRARA, A. P. 2008. *Crianças, jovens e aids: percursos, diálogos e sonhos*. São Paulo: Fórum de ONG AIDS.
- CUNHA, C. C. et al. 2001. A Função do Brincar na Clínica Integral com a Criança e Adolescente Vivendo com HIV/AIDS. *Relatório Final da Pesquisa Convênio Pibic / Cnpq / Fiocruz*, ago. 1999 – jul. 2001. Mimeo.
- CUNHA, C. C. 2004. *Revelando vozes, desvendando olhares: os significados do trata- mento para o HIV/AIDS*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro, ENSP/Fiocruz.

- CUNHA, C. C. 2011. *“Jovens Vivendo” com HIV/AIDS: (Con)formação de Sujeitos em meio a um embarço*. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro, UFRJ/PPGAS/MN.
- CUNHA, C. C. 2012. “Os muitos reveses de uma ‘sexualidade soropositiva’: o caso dos jovens vivendo com HIV/AIDS”. *Sexualidad, Salud y Sociedad*, Rio de Janeiro. Vol. 1, p. 70-99.
- CUNHA, C. C. 2013. “Os direitos e os ‘avessos’: contradições e ambiguidades em torno das decisões e ‘direitos, sexuais e reprodutivos’, de jovens vivendo com HIV/AIDS”. In: VIANNA, Adriana (ed.). *O fazer e o desfazer dos direitos: experiências etnográficas sobre política, administração e moralidades*. 1^a ed. Rio de Janeiro: E-papers. 216 p.
- CUNHA, C. C. 2014. “Modos de fazer Sujos na política de AIDS: a gestão de jovens vivendo com HIV/AIDS”. *Século XXI: Revista de Ciências Sociais*. Vol. 4. N° 2, p. 91-132, jul./dez.
- FOUCAULT, Michel. 1999. *Em Defesa da Sociedade: curso no Collège de France (1975-1976)*. São Paulo: Martins Fontes (Coleção Tópicos). 288 p.
- FOUCAULT, Michel. 2008. *Tecnologías del yo*. Buenos Aires: Paidós (Coleção Pensamiento Contemporáneo, 7). 152 p.
- GALVÃO, Jane. 2000. *AIDS no Brasil: a agenda de construção de uma epidemia*. Rio de Janeiro: ABIA; São Paulo: Ed. 34. 256 p.
- GOMES, Lívia Cardoso. 2012. *O desafio da intersetorialidade: a experiência do Programa Saúde na Escola (PSE) em Manguinhos, no município do Rio de Janeiro*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro, ENSP/Fiocruz.
- HEILBORN, Maria Luiza et al. 2002. “Aproximações socioantropológicas sobre a gravidez na adolescência”. *Horizontes Antropológicos*. N° 17, p. 13-45.
- MAUSS, Marcel. 2003. “As técnicas corporais”. In: ___. *Sociologia e Antropologia*. São Paulo: Cosac e Naif. 576 p.
- MOUTINHO, Laura et. al. 2005. *Sexualidade e comportamento sexual no Brasil: dados e pesquisas*. Rio de Janeiro: Cepesc. 120 p.
- MOREIRA, Martha Cristina Nunes & CUNHA, Claudia Carneiro da. 2003. “Re pensando as práticas e dilemas no cotidiano de atenção à saúde de crianças e jovens vivendo com HIV/AIDS”. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro. N° 29, p. 73-92, dez.
- PARKER, Richard. 2015. O Fim da AIDS? Comunicação Oral no 8º. Encontro Estadual de ONGs/AIDS do Rio de Janeiro, ago.
- PELUCIO, Larissa. 2007. “Ativismo Soropositivo: A Politização da Aids”. *Ilha – Revista de Antropologia*, Florianópolis. Vol. 9. N° 1, 2, p. 119-141, jan.
- PEREIRA, Cláudio; FERRARA, Andrea Paula & AKIYAMA, Ricardo Tomio. 2018. *Prevenção: tá combinado?* Cartilha do Projeto Jovens e Adultos Vivendo com HIV/Aids, Prevenção e Cidadania. GIV, São Paulo.
- SCHUCH, Patrice. 2005. *Práticas de Justiça: uma etnografia do “campo do adolescente infrator” no Rio Grande do Sul, depois do Estatuto da Criança e do Adolescente*. Tese de Doutorado, Porto Alegre, UFRGS/IFCS/PPGAS.

- SILVA, Carlos Roberto de Castro. 1999. *Crianças e Aids: Ensaios e Experiências*. São Paulo: Nepaids. 64 p.
- VALLE. C. G. do. 2002. “Identidades, doença e organização social: um estudo das ‘pessoas vivendo com HIV e AIDS’”. *Horizontes Antropológicos*, Porto Alegre. N° 17, p. 179-210.
- WEBER, M. 1994. *Economia e sociedade: Fundamentos da sociologia compreensiva*. 3^a ed. Brasília, DF: Universidade de Brasília. 422 p.